



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



CONTRIBUTION DES MUTUELLES DE SANTÉ A L'ORGANISATION DE LA DEMANDE DES SERVICES ET SOINS DE SANTÉ EN RDC



August 2012

This publication was produced for review by the United States Agency for International Development. It was prepared by Pascal Soglohoun for the Health Systems 20/20 Project.

Health Systems 20/20 is USAID's flagship project for strengthening health systems worldwide. By supporting countries to improve their health financing, governance, operations, and institutional capacities, Health Systems 20/20 helps eliminate barriers to the delivery and use of priority health care, such as HIV/AIDS services, tuberculosis treatment, reproductive health services, and maternal and child health care.

August 2012

For additional copies of this report, please email info@healthsystems2020.org or visit our website at www.healthsystems2020.org

Cooperative Agreement No.: GHS-A-00-06-00010-00

Submitted to: Scott Stewart, AOTR
Health Systems Division
Office of Health, Infectious Disease and Nutrition
Bureau for Global Health
United States Agency for International Development

Recommended Citation: Soglohoun, Pascal. August 2012. *Contribution des Mutuelles de Santé à L'Organisation de la Demande des Services et Soins de Santé en RDC*. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue | Suite 800 North
| Bethesda, Maryland 20814 | P: 301.347.5000 | F: 301.913.9061
| www.healthsystems2020.org | www.abtassociates.com

In collaboration with:

| Aga Khan Foundation | Bitrán y Asociados | BRAC University | Broad Branch Associates
| Deloitte Consulting, LLP | Forum One Communications | RTI International
| Training Resources Group | Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine

CONTRIBUTION DES MUTUELLES DE SANTÉ A L'ORGANISATION DE LA DEMANDE DES SERVICES ET SOINS DE SANTÉ EN RDC

DISCLAIMER

The author's views expressed in this publication do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development (USAID) or the United States Government

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-------------|
| Sigles et acronymes | ix |
| Remerciements | xi |
| Résumé..... | xiii |
| 1. Introduction générale | 1 |
| 1.1 Introduction | 1 |
| 1.2 Contexte et justification de l'étude..... | 1 |
| 1.2.1 Définitions des concepts : | 2 |
| 1.2.2 Questions de recherche | 3 |
| 1.3 Objectifs de l'étude | 3 |
| 1.3.1 Objectif général : | 3 |
| 1.3.2 Objectifs spécifiques : | 3 |
| 1.4 Hypothèses de recherche..... | 4 |
| 1.5 Méthodologie..... | 4 |
| 1.5.1 Echantillonnage..... | 4 |
| 1.5.2 Taille de l'échantillon des membres à interviewer | 4 |
| 1.5.3 Techniques et outils de collecte de données..... | 5 |
| 1.5.4 Description du travail..... | 6 |
| 1.5.5 Analyse qualitative..... | 6 |
| 1.5.6 Ethique | 6 |
| 1.5.7 Collecte des données d'enquête..... | 6 |
| 1.5.8 Difficultés et limites de l'étude..... | 7 |
| 2. RESULTATS..... | 9 |
| 2.1 Résultats descriptifs..... | 9 |
| 2.1.1 Caractéristiques socio- démographiques et économiques des enquêtés | 9 |
| 2.1.2 Connaissances, attitudes et pratiques sur les mutuelles | 12 |
| 2.1.3 Différentes perceptions | 19 |
| 2.1.4 Prise en charge..... | 21 |
| 2.1.5 Appréciation des attentes et de la qualité de la prise en charge | 22 |
| 2.1.6 Perception et attentes vis-à-vis d'un réseau de mutuelle de santé..... | 25 |
| 3. Résultats qualitatifs | 31 |
| 3.1 Structures d'appui aux mutuelles de santé..... | 31 |
| 3.1.1 Le CDI-Bwamanda | 31 |
| 3.1.2 Le BDOM/CAMS..... | 32 |
| 3.2 Caractéristiques fondamentaux des mutuelles de santé de Bwamanda et du Sud Kivu | 33 |

| | |
|---|-----------|
| 4. Analyse et commentaires..... | 37 |
| 4.1 de l'initiative de creation des mutuelles de santé a Bwamanda et au Sud Kivu..... | 37 |
| 4.2 De la protection des populations contre les conséquences financières du risque maladie..... | 37 |
| 4.3 De la contribution des mutuelles à la réduction de la dépense directe..... | 38 |
| 4.4 De la promotion des mutuelles de santé..... | 38 |
| 4.5 De la qualité des soins administrés aux mutualistes..... | 39 |
| 4.6 De l'efficacité des mutuelles de santé sur l'issue de la prise en charge médicale..... | 40 |
| 4.7 De la viabilité technique des mutuelles de santé..... | 41 |
| 4.8 Des principes de la mutualité..... | 42 |
| 4.9 De la gestion des mutuelles de santé..... | 43 |
| 4.10 Taille des ménages | 43 |
| 4.11 Pouvoir de négociation des mutuelles avec les prestataires de soins | 44 |
| 4.12 De la mise en réseau des mutuelles de santé..... | 45 |
| 5. Conclusion et recommandations..... | 47 |
| Annexe A: Régression nominale sans interactions | 49 |
| Annexe B: Références..... | 55 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau n° 1 : Description de l'échantillon selon le sexe, la situation matrimoniale et la religion | 10 |
| Tableau n° 2 : Description de l'échantillon selon l'âge, le niveau d'instruction et la profession | 10 |
| Tableau n° 3 : Description de l'échantillon selon la taille du ménage et le nombre de personnes inscrites dans la mutuelle de santé | 11 |
| Tableau n° 4 : Evolution des bénéficiaires au sein des mutuelles de santé | 12 |
| Tableau n° 5 : Connaissance de la mutuelle de santé par les non membres | 13 |
| Tableau n° 6 : Sources d'information sur les mutuelles de santé..... | 14 |
| Tableau n° 7 : Appréciation de la distance domicile-formation sanitaire..... | 15 |
| Tableau n° 8 : Motifs d'adhésion ou de refus d'adhésion à une mutuelle de santé..... | 16 |
| Tableau n° 9 : Capacité des membres à renouveler les cotisations | 17 |
| Tableau n° 10 : Proportion d'intention d'adhésion des non-membres .. | 17 |
| Tableau n° 11 : Causes de refus d'adhésion des non-membres | 18 |
| Tableau n° 12 : Modes de paiement des cotisations | 19 |
| Tableau n° 13 : Perception sur la gestion de la mutuelle de santé et de la capacité des responsables..... | 20 |
| Tableau n° 14 : Relation entre la perception sur la gestion technique et financière de la mutuelle et le renouvellement des cotisations | 21 |
| Tableau n° 15 : Utilisation des services de santé par les mutualistes en 2009 | 21 |

| | |
|--|----|
| Tableau n° 16 : Nombre de recours au sein d'un ménage de mutualiste en 2009..... | 22 |
| Tableau n° 17 : Connaissance du paquet de services offert par la mutuelle de santé..... | 22 |
| Tableau n° 18 : Perception du paquet de services par les mutualistes . | 23 |
| Tableau n° 19 : Satisfaction des membres par rapport aux attentes vis-à-vis de la mutuelle | 24 |
| Tableau n° 20 : Satisfaction de la qualité des soins et services de santé | 24 |
| Tableau n° 21 : Motifs de non-satisfaction | 25 |
| Tableau n° 22 : Perception des types de relations entre les mutuelles | 25 |
| Tableau n° 23 : Définition d'un réseau de mutuelles de santé | 26 |
| Tableau n° 24 : Appartenance à un réseau de mutuelles | 26 |
| Tableau n° 25 : Raisons de refus d'appartenance à un réseau | 27 |
| Tableau n° 26 : Attentes vis-à-vis d'un réseau de mutuelles de santé (membres)..... | 28 |
| Tableau n° 27 : Attentes vis-à-vis d'un réseau de mutuelles de santé (Non-membres)..... | 29 |
| Tableau n° 28 : Suggestions pour le développement des mutuelles de santé (Non-membres)..... | 30 |
| Tableau n°29: Appréciation des mutuelles de santé à travers les principes fondamentaux de la mutualité | 43 |

LISTES DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure n°01: Organigramme de CDI-Bwamanda | 32 |
|---|----|

SIGLES ET ACRONYMES

| | |
|--------------------------|--|
| ANMC | Alliance nationale des mutualités chrétiennes de Belgique |
| A.S.B.L. | Association Sans But Lucratif |
| AG | assemblée générale |
| B.D.O.M. | Bureau diocésain des œuvres médicales |
| BIT | Bureau International du Travail |
| BP | Bureau permanent |
| CAMS | Cellule d'appui aux mutuelles de santé |
| CDI- Bwamanda | Centre de Développement Intégré-Bwamanda |
| COGES | Comité de gestion |
| CPN | Consultation prénatale |
| CSCOM | centre de santé communautaire |
| DSCRP | Document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté |
| HS20/20 | Health Systems 20/20 |
| IB | Initiative de Bamako |
| IPPTE | Initiatives pays pauvres très endettés |
| MS | Mutuelle de santé |
| O.N.G.D. | Organisation Non Gouvernementale de Développement |
| OMS | Organisation mondiale pour la santé |
| PNDS | Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 |
| PNPMS | Programme nationale de promotion des mutuelles de santé |
| RDC | République Démocratique du Congo |
| SSP | Soins de santé primaires |
| UNICEF | United Nations Children's Fund |
| USAID | Agence des états unis d'Amérique pour le développement international |
| WSM | Solidarité mondiale |
| ZS | Zone de Santé |

REMERCIEMENTS

Ce travail a été réalisé avec le concours de plusieurs personnes et institutions que nous voudrions remercier. Ces remerciements s'adressent d'abord aux Dr Dieudonné MUFWANKOLO et Dr Anatole MANGALA du Programme national de promotion des mutuelles de santé qui n'ont ménagé aucun effort pour appuyer la réalisation de cette étude.

Que les responsables du Centre de Développement Intégré-Bwamanda (CDI Bwamanda), de la Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé (CAMS) et de l'Inspection provinciale de la santé de Bukavu trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude pour l'appui fourni et la facilitation de la collecte des données.

Nos sincères remerciements aux superviseurs et enquêteurs de même qu'aux opérateurs de saisie et au statisticien qui ont réalisé un travail ample dans la collecte et la transcription des entretiens et groupes de discussions ciblés de même que le traitement et l'analyse des données. Singulièrement, il s'agit de Dr Jean Claude KIKOO, M. Samuel KILUMU et M. Smith M'PAKA.

Que Yann DERRIENNIC et Marie-Jeanne OFFOSSE N'GBESSO, d'Abt Associates trouvent ici toute notre gratitude pour leur orientation, contribution et revue de ce rapport.

Enfin, nous exprimons nos sincères reconnaissances au Ministère de la santé de la République Démocratique du Congo (RDC) ainsi qu'à l'Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID) et la Solidarité Mondiale (WSM).

RÉSUMÉ

Les mutuelles de santé constituent une forme de micro-assurance santé à base communautaire qui vise la protection des ménages pauvres contre les risques financiers associés à la maladie. En République Démocratique du Congo, elles ont fait leur apparition au milieu des années 80 et ont connu depuis, un accroissement important du point de vue de leur nombre. Cependant, on note une absence de politique nationale de financement alternatif de la santé élaborée à partir de la capitalisation de ces expériences.

C'est pour permettre de formuler des décisions de politique de financement de la santé que la présente étude a tenté, dans un premier temps, de mettre en exergue les résultats majeurs réalisés par les mutuelles de santé et dans un deuxième temps, d'apprécier la gestion de l'interface offre-demande de soins puis enfin d'examiner les perspectives de mise en réseau de ces mutuelles. Il ressort de cette étude que :

- Sur une période de cinq (05) ans, la mutuelle de santé a contribué à la réduction du paiement direct des coûts de soins dans une proportion d'environ 10% ;
- La proportion de femmes enceintes ayant été prises en charge par la mutuelle a connu une forte évolution : par exemple de 4% à 9,70% à Ciriri et de 7,7% à 13,99% à Idjwi Nord, entre 2008 et 2010.
- L'issue des soins notamment ceux relatifs à l'accouchement, sont plus heureux pour les mutualistes que les non mutualistes : chez les femmes enceintes mutualistes, on note un faible taux de césarienne (1%), une absence de cas de macérés, un seul cas de mort-né. Tandis que chez les femmes non-mutualistes les proportions de cas observées sont assez élevées : 11% de femmes césarisées à Nyantendé, 15 à 38 de cas morts nés de à Ciriri, 24 à 30 cas de fœtus macérés à Idjwi Nord.

L'étude a également permis de constater qu'environ 83% des enquêtés perçoivent un réseau de mutuelles de santé comme une opportunité pour assurer la continuité des services. Celui-ci permettra aux mutuelles de mieux réguler l'interface offre et demande de soins. Un rôle qui, de part l'origine de l'initiative de création des mutuelles est trop peu mis en exergue.

Au regard de ces constats, l'étude conclut que les mutuelles de santé ont démontré de fortes potentialités dans l'amélioration de l'accessibilité de leurs membres aux soins de santé et qu'il importe de capitaliser ces bonnes pratiques dans les nouvelles réformes de financement de la santé.

Mots clés : mutuelles de santé, demande de soins, Réseau de mutuelles de santé, impacts des mutuelles de santé, République Démocratique de Congo.

I. INTRODUCTION GENERALE

I.1 INTRODUCTION

Plus d'une trentaine d'années après la Conférence internationale d'Alma-Ata¹, les soins de santé primaires (SSP) restent un élément central de la politique de la santé de la plupart des pays africains. Pourtant, des efforts ont été consentis par les états africains avec le soutien de la communauté internationale pour mettre en œuvre les SSP au moyen de nombreux projets et programmes. De même, l'adoption et la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako (IB) depuis 1987, sous l'égide de l'OMS et l'UNICEF, n'ont permis d'inverser la tendance. Ainsi, en dépit des différents efforts consentis par les Etats avec le concours des partenaires au développement, les populations pauvres et rurales ont, pour les principales interventions sanitaires préventives et curatives, des taux d'utilisation et de couverture plus faibles qu'on le souhaiterait. Dans l'intérêt général, les pouvoirs publics sont toujours tenus de mettre en place un système de santé abordable offrant un large éventail de services de qualité acceptable. Ce système de soins de santé doit être accessible à l'ensemble de la population, y compris aux plus démunis, pour lesquels des dispositions spéciales doivent s'appliquer. En effet, les différentes évaluations de l'Initiative de Bamako ont toutes relevé que la principale faiblesse de cette politique publique est le manque de mécanismes efficaces et pérennes, de subventions et/ou d'exemptions sur la base de ciblage qui garantisse l'accès aux soins pour les plus démunis¹.

Donc, la tarification pose toujours le problème de l'accessibilité financière par l'absence d'un mécanisme de partage des risques couplée à l'accessibilité géographique, et exclut les classes défavorisées pour lesquelles le statut socio-économique limite la disponibilité permanente de revenu durant toute l'année. Bien que la mise en place des systèmes de financement, garantissant la réduction des inégalités, soit limitée par une économie essentiellement fondée sur des bases informelles, certaines communautés rurales et quelques prestataires de soins avec l'appui des partenaires, ont initié depuis le milieu des années 80 des mécanismes de partage de risques et de prépaiement des dépenses de soins. A partir des résultats de ces expériences, des politiques de protection contre le risque maladie se sont multipliées en Afrique en vue de l'extension de la couverture en assurance santé. L'engagement des états africains pour la mise en œuvre de ce mécanisme s'est encore réaffirmé lors de l'atelier sur «l'Assurance Maladie en Afrique» tenue au Rwanda du 30 mai au 04 juin 2010, où les mutuelles de santé ont été retenues comme l'un des outils pour étendre la couverture du risque maladie.

La présente étude s'inscrit dans ce cadre et envisage de fournir à l'État congolais les éléments de compréhension de cet instrument en vue de l'élaboration de sa politique. Ce rapport est subdivisé en quatre grandes sections. La première consiste en une description du contexte et de la méthodologie ; la deuxième section présente les résultats de l'étude; la troisième présente les discussions puis enfin les recommandations et la conclusion générale

I.2 CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Depuis les élections libres et démocratiques de 2006, les autorités de la RDC sont préoccupées par l'amélioration du niveau de vie des populations. La santé est l'un des chantiers du Gouvernement, dont le volet important vise l'amélioration de l'accès de la population aux soins de santé de qualité. Cette volonté des dirigeants vient d'être une fois de plus confirmée par la validation du Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 (PNDS) et la seconde édition de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé. Ces deux documents sont parmi les déclencheurs du Point

¹ RIDDE Valéry, 2004, *L'initiative de Bamako 15 ans après : un agenda inachevé*, HNP, World Bank, Washington, 54p.

d'Achèvement de l'IPPTE (Initiatives pays pauvres très endettés), qui a permis l'annulation de 90% de la dette extérieure estimée à 13 milliards de dollars américains. La stratégie de base que vise le PNDS est le développement des Zones Sanitaires (ZS) et la continuité des soins. Les stratégies d'appui à la stratégie de base sont : (i) le développement des ressources humaines pour la santé, (ii) l'appui au secteur du médicament, (iii) la réforme du financement de la santé, (iv) la construction et/ou réhabilitation des infrastructures sanitaires, équipement et implantation de nouvelles technologies, (v) amélioration de la gestion de l'information sanitaire.

En effet, depuis 2006 la stratégie sectorielle a été coptée par le Gouvernement comme stratégie sectorielle de lutte contre la pauvreté et ses axes stratégiques sont repris dans le DSCR (Document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté). Le diagnostic sectoriel qui a été fait lors de l'élaboration du PNDS 2011-2015 a insisté sur la réforme du financement des services de santé de manière à réduire l'orientation verticale du système, l'atomisation des prestations, induite par le financement des maladies plutôt que le financement du système de santé. Le faible taux d'utilisation des services de santé par la population requiert donc des actions à la fois sur la demande et l'offre des soins.

Ainsi, un des résultats que vise la réforme du financement du secteur pour les cinq prochaines années est l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité. Pour intégrer les recommandations du rapport de 2010² de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Gouvernement de la RDC fait de la couverture universelle une de ses priorités.

Le PNDS a identifié plusieurs modalités de financement qui pourraient être utilisées pour contribuer à l'accès universel aux soins de santé: mutuelles de santé, assurances maladies obligatoires, fonds d'équité, financement basé sur les résultats, subvention en médicaments. Comme le gouvernement veut effectivement améliorer l'accessibilité de la population à des soins de qualité, il va devoir très rapidement définir des orientations sectorielles claires, et appuyer l'élaboration de stratégies de financement provinciales.

Pour appuyer le gouvernement à procéder à un choix judicieux des mécanismes de financement à adopter, le Ministère de la santé publique souhaite documenter les différentes modalités de financement existantes en RDC, et évaluer leur contribution (i) à l'amélioration de l'accessibilité, (ii) à l'amélioration de la qualité des services, (iii) à influencer l'organisation du système de santé et (iv) à garantir l'implication active des bénéficiaires.

C'est dans ce cadre que le Secrétariat général du Ministère de la Santé initie cette étude pour apprécier les différentes expériences du financement basé sur les mutuelles de santé développées en RDC. Cette étude analysera la capacité des mutuelles de santé dans l'organisation de la demande de services et soins de santé de qualité. Elle vise également à cerner l'influence des mutuelles sur la promptitude d'utilisation du service de maternité et par conséquent, sur la réduction des certaines complications de l'accouchement. Par ailleurs, le développement sanitaire doit de plus en plus s'intégrer au plan global du développement de la RDC. Cet exercice s'avère d'une importance capitale pour permettre au secteur santé de disposer d'un financement régulier, durable, efficace et équitable.

1.2.1 DÉFINITIONS DES CONCEPTS :

Mutuelle de santé : Selon le Bureau International du Travail (BIT) (2000) une mutuelle (ou une institution mutualiste) est une association volontaire de personnes (donc à adhésion libre), à but non lucratif (qui ne recherche donc pas le profit), dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre ses adhérents. Sur la base des décisions des adhérents et au moyen de leurs cotisations, la mutuelle mène, en leur faveur et en celle de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité

² OMS, 2010, *Rapport sur la santé dans le monde, 2010. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*, Genève, 120p.

dans le domaine des risques sociaux³. De ce fait, une mutuelle constitue un mouvement social. Dans le cadre de cette étude, les mutuelles de santé sont des organisations d'assurance maladie basées sur la communauté ou des associations socio professionnelles qui sont gérées de façon autonome par leurs membres qui y adhèrent en toute liberté pour se protéger mutuellement contre les risques financiers associés à la maladie⁴.

Un réseau de mutuelles de santé, est un ensemble de plusieurs mutuelles de santé interconnectées les uns aux autres dans le but d'élargir la base de solidarité et de partage de risque maladie sur un grand nombre de membres.

Demande de soins : La demande de soins est constituée de l'ensemble des personnes qui sollicitent ou consomment les soins et biens médicaux. Dans le cadre de cette étude la demande de soins est relative à l'ensemble des personnes qui consomment les soins et biens médicaux dans les formations sanitaires situées dans leur zone. Par conséquent, l'organisation de cette demande sera considérée comme toutes les tentatives ou initiatives qui consistent à créer un cadre de concertation entre les clients des formations sanitaires dans la perspective, de réguler l'interface entre l'offre et la demande de soins, de même qu'à collaborer avec les autres acteurs et organisations impliqués dans l'organisation et la production des services de santé.

1.2.2 QUESTIONS DE RECHERCHE

L'adhésion à une mutuelle de santé est un acte libre et volontaire. Le membre doit payer sa cotisation à la mutuelle selon une périodicité bien définie pour bénéficier des soins et services de santé. Par un mécanisme de partage de risque basé sur les principes d'entraide et de solidarité, les fonds ainsi réunis servent à payer en grande partie (par exemple 80%)⁵ le coût des soins et services de santé des bénéficiaires de la mutuelle de santé. Pour permettre à la mutuelle d'assurer efficacement l'accès financier de ses bénéficiaires aux soins de santé de manière durable et autonome, un partenariat est noué entre la mutuelle et la ou les formations sanitaires. Mais au-delà de cette fonction financière, comment la mutuelle régule-t-elle l'interface entre l'offre de soins et ses membres ? La mutuelle peut-elle constituer un interlocuteur entre les utilisateurs et les fournisseurs de soins et services de santé ? Quels sont les résultats majeurs réalisés par les mutuelles de santé dans l'utilisation des services de soins de santé notamment ceux relatifs à la santé de la mère et de l'enfant ? Les mutualistes sont-ils satisfaits de la qualité de ces services ? Les mutualistes souhaitent-ils une continuité et/ou une extension du paquet de service ? C'est pour apporter des réponses à ces multiples préoccupations que la présente étude est initiée.

1.3 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

1.3.1 OBJECTIF GÉNÉRAL :

Documenter les expériences de mutuelles de santé en vue de contribuer à l'élaboration des stratégies nationales de la réforme de financement du secteur santé

1.3.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES :

- Mener une analyse descriptive des différentes expériences de mutuelle de santé en cours en Equateur (Bwamanda) et au Sud Kivu ;
- Analyser la contribution des systèmes mutualistes dans l'amélioration de l'utilisation des services et soins de santé ;

³BIT/STEP, 2000, Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place: manuel de formateurs. Genève, 310p.

⁴PHRplus/USAID, 2006, Stratégies innovatrices pour le développement des mutuelles de santé de Santé PP 2-9

⁵ Ce principe de partage de coût est appelé ticket modérateur. Le ticket modérateur est l'instrument qui régule ce mécanisme de partage de coût entre les bénéficiaires et la mutuelle de santé.

- Explorer les pistes de mise en réseau des mutuelles de santé de Bwamanda et du Sud Kivu ;
- Apprécier la pertinence du système mutualiste dans la gestion de l'interface entre l'offre et la demande des services de santé dans les formations sanitaires.

1.4 HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Cette étude formule trois hypothèses de recherche à savoir :

- 1. Les mutuelles de santé disposent de fortes potentialités en termes d'amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé de qualité
- 2. Au-delà de l'amélioration de l'accessibilité financière les mutuelles de santé jouent également le rôle d'une association de consommateurs.
- 3. La qualité perçue des prestations de soins ou services de santé reçues exerce une influence sur l'adhésion à une mutuelle de santé

1.5 MÉTHODOLOGIE

Cette étude est rétrospective à visée descriptive et exploratoire. Elle a été menée dans deux provinces en 4 phases, dont : (i) une phase préparatoire; (ii) une phase de collecte des données sur le terrain ; (iii) une phase d'analyse des données et de rédaction du rapport ; (iv) une phase de diffusion du rapport. L'approche méthodologique a consisté à faire une analyse rapide des mutuelles de santé. Les sources d'information sont : les documentations existantes, les entretiens avec sélection de personnes clés (les gestionnaires du système de micro-assurance santé et les mutualistes eux-mêmes), complété par des enquêtes ponctuelles (par ex. interviews semi-structurés, groupes focalisés, ...).

1.5.1 ECHANTILLONNAGE

Choix des mutuelles de santé

Un échantillonnage aléatoire stratifié de mutuelles de santé a été constitué et a porté sur les mutuelles de santé qui fonctionnent au moins depuis 5 ans dans les deux provinces retenues. C'est ainsi que la seule mutuelle de santé de Bwamanda a été identifiée et six autres mutuelles du Sud Kivu ont été sélectionnées parmi les seize mutuelles de santé de cette province.

Choix des membres et non-membres à enquêter

Au sein des mutuelles de santé un échantillonnage aléatoire des membres a été constitué dans chaque province. Deux sous-groupes de personnes à enquêter ont été constitués : les membres à jour de cotisation et les non-membres (y compris les membres non à jour de cotisation depuis au moins un an). Les membres ont été choisis au hasard à partir des registres de membres ou de bénéficiaires disponibles au niveau des animateurs des mutuelles de santé. Par contre les non-membres ont été identifiés à partir des membres. En effet, n'ayant pas de base de données sur les non-membres, il a été demandé à chaque membre, à la suite de l'entretien avec l'enquêteur, d'indiquer à ce dernier les domiciles des non-membres qui existent dans son environnement.

1.5.2 TAILLE DE L'ECHANTILLON DES MEMBRES A INTERVIEWER

La taille de l'échantillon pour faire une inférence sur les mutuelles de santé a été déterminée à partir de la formule suivante : $n = Z\alpha^2 p.q. / d^2$

p : proportion des mutualistes à jour de cotisation

q : proportion de non-membres (y compris les membres ayant abandonnés) = 1-p

z = l'écart correspondant à un degré de confiance de 95% (1,96) = le risque d'erreur de 5 %

d = la précision absolue de 5%,

L'application de cette formule nous a permis de retenir 384 ménages membres à Bwamanda et 691 ménages membres au Sud Kivu. Pour pallier au risque de non-réponses qui peut subvenir dans une étude de ce type et pour ne pas tomber en dessous de la taille minimale qui garantit la précision dans l'estimation des paramètres, cet échantillon a été ramené aux chiffres ci-dessous et dont les pourcentages de majoration sont : 4% pour Bwamanda et 7% pour le Sud Kivu.

| Ménages | Bwamanda | Sud Kivu | Total |
|-------------|----------|----------|-------|
| Membres | 400 | 740 | 1140 |
| Non-membres | 400 | 740 | 1140 |
| Total | 800 | 1480 | |

1.5.3 TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES

Deux techniques sont utilisées pour collecter les données. Il s'agit notamment de :

- - Analyse documentaire : des registres des mutuelles et autres documents ayant rapport avec les mutuelles ; les registres de statistiques sanitaires ; les rapports des récentes études sur les mutuelles de santé ;
- - Entretien/interview : l'enquête auprès des responsables des mutuelles de santé, du personnel de santé et autres structures impliquées dans le développement des mutuelles.

Les outils de collecte des données

Plusieurs outils de collecte de données sont utilisés au cours de cette étude :

- i. une fiche de collecte de données de statistiques sanitaires au sein des formations sanitaires conventionnées par les mutuelles de santé ;
- ii. une fiche d'identité de la mutuelle de santé ;
- iii. une fiche de collecte de données quantitatives au sein de la mutuelle de santé ;
- iv. un questionnaire administré aux membres à jour de cotisation (non compris les responsables de la mutuelle de santé) ;
- v. un questionnaire administré aux non-membres la mutuelle de santé.

les aspects qui sont pris en compte dans ces deux questionnaires sont : description des caractéristiques socio-économiques et démographiques y compris la capacité à payer les cotisations et les aspects clés qui influencent les paiements des cotisations ; la perception/l'appréciation du paquet de services offerts par la mutuelle ; l'utilisation des soins de santé par les membres, la satisfaction par rapport aux coûts et à la qualité des soins reçus ; la confiance accordée au système mutualiste responsables mutualistes ; la gestion des cotisations ; l'exercice de la démocratie au sein de la mutuelle ; les relations entre les responsables de la mutuelle de santé et les mutualistes ; l'appartenance ou non à un mouvement associatif ; la défense des intérêts des membres.

- i. un guide d'entretien administré aux responsables des mutuelles de santé : description de la méthode de collecte des cotisations, les mesures incitatives mises en œuvre pour faciliter les recouvrements, la fidélisation des membres, etc. ;
- ii. un guide d'entretien administré à des représentants de structures d'appui au développement des mutuelles de santé intervenant dans les zones couvertes par l'étude ;
- iii. un guide d'entretien administré à des agents de santé dont les formations sanitaires ont signé des conventions avec des mutuelles de santé dans les zones couvertes par l'étude ;
- iv. un guide d'entretien à administrer aux animateurs des mutuelles de santé

I.5.4 DESCRIPTION DU TRAVAIL

Le travail a été réalisé en trois étapes :

La première étape a consisté à exploiter les données contenues dans les registres de membres et de cotisation de la mutuelle de santé pour identifier les membres à jour de leur cotisation et ceux ayant abandonné. La deuxième étape a consisté à rechercher dans les registres de soins des formations sanitaires les statistiques relatives à l'utilisation des services de soins de santé et la contribution financière des mutuelles dans les recettes de la formation sanitaires tandis que la troisième phase a été consacrée à la réalisation des enquêtes de terrain proprement dites à savoir l'administration des questionnaires et la réalisation des entretiens.

I.5.5 ANALYSE QUALITATIVE

Les données qualitatives ont été objet d'une analyse de contenu en vue de dégager les tendances relatives à la perception et aux opinions des enquêtés sur le paquet de services de soins de santé ; la continuité de la prise en charge ; la fonction de représentation etc.

I.5.6 ETHIQUE

Pour le déroulement de l'enquête sur le terrain, l'autorisation des responsables sanitaires a été obtenue. Les personnes devant faire l'objet des entretiens sont incluses dans l'étude de façon volontaire, sur la base d'un consentement éclairé (présentation des objectifs de l'étude, utilisation des résultats, garantie de la confidentialité et de l'anonymat). Les enquêteurs sont formés sur les aspects pouvant entraîner une éventuelle stigmatisation des personnes à enquêter.

I.5.7 COLLECTE DES DONNÉES D'ENQUÊTE

Elle s'est déroulée du 18 au 30 novembre à Bukavu (Sid Kivu) puis du 27 novembre au 08 décembre 2010, à Bwamanda (Équateur). Durant cette phase les activités suivantes ont été menées : (i) formation des membres des équipes de collecte de données ; (ii) collecte de données proprement dite au Sud Kivu et à Bwamanda. Chaque équipe de collecte de données est composée d'un superviseur local et des enquêteurs à raison d'un enquêteur par aire de santé.

i. Formation des enquêteurs

La formation a été l'instrument qui a permis à chaque membre de l'équipe de pouvoir jouer au mieux son rôle. Mais, compte tenu des contraintes liées au transport en commun entre Bukavu et l'Île Idjwi, nous avons été emmenés à organiser deux sessions de formation. La première session a eu lieu le 19 novembre 2010 à Bukavu. Tandis que la seconde session de formation des enquêteurs a eu lieu le dimanche 21 novembre 2010 à Moovu (Idjwi). Au total 02 superviseurs et 22 enquêteurs ont été formés.

Par contre à Bwamanda, bien que l'équipe chargé de la coordination de la collecte ait pu effectuer le déplacement sur Bwamanda le samedi 27 novembre, en raison de la visite du chef de l'Etat dans la province de l'Equateur la session de formation et l'échantillonnage initialement prévus pour le dimanche 28 novembre n'ont eu lieu que dans l'après-midi du 29 novembre puis 30 novembre 2010. Compte tenu des réalités de ce site nous avons formé deux (02) superviseurs locaux et trente (30) enquêteurs à raison de deux enquêteurs par aire de santé.

ii. Collecte des données à Bukavu et à Bwamanda

Elle s'est déroulée du 20 au 30 novembre, 2010 à Bukavu et du 1^{er} au 07 décembre, 2010 à Bwamanda. La collecte a été assurée à Bukavu par 24 personnes. Par contre à Bwamanda, la collecte des données a été effectuée par 33 personnes.

I.5.8 DIFFICULTÉS ET LIMITES DE L'ÉTUDE

L'étude a été confrontée à deux catégories de difficultés :

- La première catégorie est relative à la disponibilité des données. En effet, il n'a pas été possible de disposer de toutes les données sur la période de l'étude et dans l'ensemble des mutuelles de santé. Par conséquent, il n'a pas été possible de généraliser certains constats.
- La seconde catégorie est relative à l'accessibilité géographique. D'abord les deux sites sont très distants l'un de l'autre. Aussi le relief assez accidenté à Bukavu et la dispersion géographique des habitations à Bwamanda ont rendu difficile l'identification des ménages sélectionnés.

Pour contrer cette deuxième catégorie de difficultés, la durée initiale de la période de collecte des données a été revue et prolongée.

2. RESULTATS

2.1 RESULTATS DESCRIPTIFS

2.1.1 CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES DES ENQUETES

Les questionnaires administrés aux membres et non-membres des mutuelles de santé ont permis de recueillir des informations sur les principales caractéristiques des populations enquêtées et l'environnement socioéconomique dans lequel elles évoluent. Ces éléments peuvent être considérés comme des déterminants de leurs comportements vis-à-vis des mutuelles. Cette section présente les résultats de ces caractéristiques que sont notamment la structure par âge et sexe, la taille et la composition des ménages, le niveau d'instruction, l'alphabétisation, l'état matrimonial, la religion, taille de la famille, le nombre de personnes inscrites dans la mutuelle, l'année d'adhésion et les membres à jour de cotisation.

2.1.1.1 STRUCTURE DE LA POPULATION ENQUETEE : SEXE, SITUATION MATRIMONIALE ET RELIGION

L'enquête ménage a enregistré la participation de 2.191 personnes soit 96% de l'échantillon initialement prévu (2280). Parmi les ménages enquêtés, 1112 ménages soit 50,8 % sont membres d'une mutuelle contre 1079 (49,2%), qui sont des non-membres. Au sein des membres de mutuelle de santé enquêtés, on constate, qu'un membre sur quatre est de sexe féminin (25,4%). Cette tendance est presque analogue au niveau des non-membres (28,2%).

Près de trois quart (73,5 %) des personnes enquêtées sont mariées avec un partenaire reconnue par la famille et la communauté tandis que 10% sont des divorcées ou veuves. Au sein des membres, 82,3% sont mariés et les célibataires ne représentent que 2,2%. Par contre au niveau des non-membres il y a huit (8) fois plus de célibataires.

L'appartenance religieuse est un facteur qui influe sur les pratiques, attitudes et croyances d'un groupe socioculturel. Elle véhicule un certain nombre de valeurs, normes et règles qui régulent les comportements des fidèles dans leurs vies. Dans l'ensemble, environ deux tiers des personnes enquêtées sont catholiques, suivis des protestants (17,8%), puis de musulmans (6,7%). De même, on constate que trois quart des membres de mutuelles sont des catholiques (75%) contre la moitié (51,2 %) seulement chez les non membres de mutuelle. S'agissant des protestants, ils sont presque aux mêmes proportions ; 19,1% au niveau des membres et 16,5% chez les non membres. L'on note très peu des musulmans parmi les membres (1,2%) contre dix fois plus chez les non membres où leur proportion atteint 12,1%.

TABLEAU N° 1 : DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE SEXE, LA SITUATION MATRIMONIALE ET LA RELIGION

| Sexe de l'enquêté | Type d'enquêté | |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| | Membres (%) | Non-Membres (%) |
| Masculin | 830 (74,6) | 775 (71,8) |
| Féminin | 282 (25,4) | 304 (28,2) |
| Total | 1 112 (100,0) | 1 079 (100,0) |
| Situation matrimoniale | | |
| Marié | 915 (82,3) | 696 (64,4) |
| Célibataire | 24 (2,2) | 185 (17,1) |
| Veuf | 75 (6,7) | 63 (5,8) |
| Divorcé | 45 (4,0) | 28 (2,6) |
| Union libre | 38 (3,4) | 97 (9) |
| Non déclaré | 15 (1,3) | 5 (0,5) |
| Total | 1 112 (100,0) | 1 081 (100,0) |
| Religion | | |
| Catholique | 834 (75) | 554 (51,2) |
| Protestante | 212 (19,1) | 178 (16,5) |
| Musulmane | 16 (1,4) | 131 (12,1) |
| Autres | 34 (3,1) | 215 (19,9) |
| Non déclaré | 16 (1,4) | 3 (0,3) |
| Total | 1 112 (100,0) | 1 081 (100,0) |

2.1.1.2 STRUCTURE DE LA POPULATION PAR AGE, NIVEAU D'INSTRUCTION, PROFESSION

Parmi les membres de mutuelles, 22 ,7% ont moins de 30 ans tandis que 67% d'entre eux ont un âge qui varie entre 30 et 59 ans. Environ un membre sur dix a plus de 60 ans d'âge. En ce qui concerne les non-membres, les tendances sont les mêmes avec des proportions quelque peu différentes. Ainsi, 36,4% des non-membres ont moins de 30 ans. Tandis que 58 % d'entre eux sont dans la tranche de 30 à 59 ans.

TABLEAU N° 2 : DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'ÂGE, LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LA PROFESSION

| Tranche d'âge | Type d'enquêté | | Ensemble |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Membres (%) | Non-Membres (%) | |
| 18 à 29 ans | 253 (22,7%) | 393 (36,3%) | 646 (29,4%) |
| 30 à 59 ans | 746 (67,0%) | 626 (57,9%) | 1372 (62,5%) |
| 60 ans et plus | 108 (9,7%) | 54 (4,9%) | 162 (7,3%) |
| Non déclaré | 5 (0,4%) | 8 (0,7%) | 13 (0,5%) |
| Total | 1 112 (100,0) | 1 081 (100,0) | 2 193 (100,0%) |
| Niveau d'instruction | | | |
| Primaire | 327 (29,4%) | 325 (30,1%) | 652 (29,7%) |
| Secondaire | 522 (46,9%) | 428 (39,6%) | 950 (43,3%) |
| Universitaire | 91 (8,2%) | 91 (8,4%) | 182 (8,3%) |
| Sans instruction | 165 (14,8%) | 196 (18,1%) | 361 (16,5%) |
| Non déclaré | 7 (0,6%) | 15 (1,4%) | 22 (1,0%) |
| Total | 1 112 (100,0%) | 1 081 (100,0%) | 2 193 (100%) |
| Profession | | | |
| Cultivateur | 460 (41,4%) | 457 (42,3%) | 917 (41,8%) |
| Fonctionnaire | 151 (13,6%) | 73 (6,8%) | 224 (10,2%) |
| Revendeur | 108 (9,7%) | 55 (5,1%) | 163 (7,4%) |

| Tranche d'âge | Type d'enquêté | | Ensemble |
|---------------|----------------------|----------------------|--------------------|
| | Membres (%) | Non-Membres (%) | |
| Ménagère | 76 (6,8%) | 112 (10,4%) | 188 (8,6%) |
| Artisan | 52 (4,7%) | 67 (6,2%) | 119 (5,4%) |
| Commerçant | 23 (2,1%) | 30 (2,8%) | 53 (2,4%) |
| Eleveur | 11 (1%) | 58 (5,4%) | 69 (3,1%) |
| Autre | 214 (19,2%) | 215 (19,9%) | 429 (19,6%) |
| Non déclaré | 17 (1,5%) | 14 (1,3%) | 31 (1,4%) |
| Total | 1112 (100,0%) | 1081 (100,0%) | 2193 (100%) |

S'agissant du niveau d'instruction, 71,3% des enquêtés sont scolarisés. Parmi ceux-ci, 29,7% ont fréquenté l'école primaire tandis que 43,3% ont fréquenté l'école secondaire et enfin 8,3% ont atteint le niveau supérieur. Pour un même niveau d'étude, on constate que les fréquences entre membres et non-membres ne sont pas très différentes. Ainsi on remarque que 14,8 % des membres sont sans instruction contre 18,1% des non-membres. De même 29,4 % des membres ont fréquenté l'école primaire contre 30,1% des non-membres. En ce qui concerne les enquêtés qui sont sans instruction, c'est seulement 10,8% qui ont pu accéder à un programme d'alphabétisation en langues locales.

Les cultivateurs constituent la profession la plus rencontrée dans notre échantillon aussi bien chez les membres (41,4%) que chez les non-membres (42,3%). Les fonctionnaires (13,6%) constituent la deuxième catégorie de profession la plus représentative au sein des membres enquêtés.

2.1.1.3 TAILLE DES MENAGES MEMBRE DE LA MUTUELLE DE SANTE ET PROPORTION DE PERSONNES COUVERTES DANS LE MENAGE

Dans l'ensemble, 43,2% des ménages enquêtés ont une taille qui varie entre 5 et 8 personnes tandis que 28,3% des ménages ont une taille qui est au-delà de neuf (9) personnes. Cette situation montre que les ménages sont globalement de taille importante. A Bwamanda, 42,1% des ménages ont une taille qui se situe entre 5 et 8 personnes alors que 20,6 % des ménages ont une taille supérieure ou égale à 9 personnes. Cette taille des familles illustre le comportement des chefs de ménages quant à la couverture de l'ensemble des membres du ménage. En effet, de l'examen du nombre de personnes inscrites par ménages dans la mutuelle de santé, il ressort qu'en général, au sein du ménage, deux personnes sur trois sont couvertes par les mutuelles de santé. Les taux de couverture les plus faibles s'observent à Ciriri (43% des membres du ménage) puis à Idjwi Sud et Kadutu qui sont à environ 54%.

TABLEAU N° 3 : DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON SELON LA TAILLE DU MENAGE ET LE NOMBRE DE PERSONNES INSCRITES DANS LA MUTUELLE DE SANTE

| Taille de la famille | MUTUELLES | | Ensemble |
|---|---|---|---|
| | Bwamanda | Bukavu | |
| 1 à 4 | 72 (18,0%) | 232 (32,5%) | 304 (27,3%) |
| 5 à 8 | 154 (38,6%) | 326 (45,7%) | 480 (43,2%) |
| 9 et plus | 168 (42,1%) | 147 (20,6%) | 315 (28,3%) |
| Non déclaré | 5 (1,3%) | 8 (1,1%) | 13 (1,2%) |
| Total | 399 (100,0) | 713 (100,0) | 1112 (100,0%) |
| Nombre de personnes couvertes au sein du ménage contre le nombre de personnes non couvertes au sein du ménage | | | |
| Mutuelles | Nombre total de pers. au sein des ménages | Nombre total de pers. couvertes au sein des ménages | Proportion de pers. couvertes au sein des ménages |
| Bwamanda | 4041 | 2926 | 72,4% |
| Ciriri | 762 | 334 | 43,8% |
| Idjwi Nord | 632 | 544 | 86,1% |

| | | | |
|-------------------|-------------|-------------|--------------|
| Idjwi Sud | 773 | 418 | 54,1% |
| Kadutu | 1639 | 890 | 54,3% |
| Kalehe | 328 | 247 | 75,4% |
| Nyantendé | 710 | 553 | 77,9% |
| Ensemble Sud Kivu | 4844 | 2986 | 61,7% |
| Total | 8885 | 5912 | 66,5% |

2.1.1.4 ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES AU SEIN DES MUTUELLES DE SANTÉ

Une mutuelle de santé est composée de membres et des personnes à charge. Les membres sont ceux qui ont payé leur droit d'adhésion et qui s'acquittent régulièrement de leur cotisation. Tandis que les personnes à charge sont ceux qui sans être membres peuvent bénéficier des services de la mutuelle. L'ensemble de ces deux catégories de personnes (membres et les personnes à charge) constitue les bénéficiaires d'une mutuelle de santé. Sur la période de l'étude, on constate que presque toutes les mutuelles de santé ont connu un accroissement du nombre de bénéficiaires. Singulièrement à Bwamanda (Equateur), cet accroissement a atteint en 2007, 61% de couverture de la population avant de régresser jusqu'à 36% en 2009. Les facteurs explicatifs de ces constats sont énoncés plus bas.

TABLEAU N° 4 : EVOLUTION DES BÉNÉFICIAIRES AU SEIN DES MUTUELLES DE SANTÉ

| Evolution des bénéficiaires au sein des mutuelles de santé | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Localités | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| Bwamanda (Equateur) | 73904(36%) | 114465 (54%) | 106115 (56%) | 130415 (61%) | 104267 (49%) | 77137 (36%) |
| Ciriri | 1147 (2,56%) | 1760 (3,91%) | 2255 (5,01%) | 3191 (7,09%) | 4245 (9,43%) | 5803 (12,89%) |
| Idjwi Nord | 1333 (1,65%) | 1479 (1,82%) | 2011 (2,48%) | 2409 (2,97%) | 2434 (2,99%) | 3200 (3,93%) |
| Idjwi Sud | 2875 (2,62%) | 3185 (2,89%) | 3085 (2,80%) | 3191 (2,90%) | 3613 (3,27%) | 3041 (2,75%) |
| Kadutu | 2081 (1,33%) | 2134 (1,36%) | 2226 (1,42%) | 3300 (2,10%) | 3679 (2,34%) | 5703 (3,62%) |
| Kalehe | 1453 (1,12%) | 1455 (1,12%) | 2114 (1,63%) | 2390 (1,84%) | 2600 (2,00%) | 2775 (2,13%) |
| Nyantendé | 1411 (1,95%) | 2882 (3,97%) | 3124 (4,30%) | 4517 (6,22%) | 4477 (6,14%) | 7125 (9,77%) |
| Sud Kivu | 10300 (2%) | 12893 (2%) | 14815 (2%) | 18998 (3%) | 21048 (3%) | 27647 (4%) |

2.1.2 CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES SUR LES MUTUELLES

2.1.2.1 CONNAISSANCE DES MUTUELLES DE SANTÉ PAR LES ENQUÊTES NON MEMBRES

Près de 94% de non membres ont déjà entendu parler de mutuelle de santé contre 3,8% qui n'ont jamais entendu parler d'une mutuelle de santé. A part Ciriri et Kadutu où au moins une personne sur dix déclare n'avoir jamais entendu parler de mutuelles, partout ailleurs, c'est plus de 95% des enquêtés qui déclarent en avoir entendu parler.

Bien que la quasi-totalité des non-membres aient entendu parler des mutuelles, on observe des différences en ce qui concerne le moment où, ils ont été informés. Ainsi, une personne sur deux a entendu parler de mutuelles depuis plus de 4 ans ; environ une personne sur six a été informée depuis deux ans, une personne sur sept (14%) depuis trois ans et 13% soit une personne sur dix depuis moins d'un an. C'est à Bondéko (Bwamanda) qu'on trouve la proportion la plus importante des personnes qui ont entendu parler des mutuelles depuis quatre ans et plus (78,5%), suivi d' Idjwi Nord où le rapport est d'un enquêté sur deux (50 %).

TABLEAU N° 5 : CONNAISSANCE DE LA MUTUELLE DE SANTE PAR LES NON MEMBRES

| Connaissance de la mutuelle par les Non-membres | | | | | | |
|---|---------------------|--------------------|--------------------|----------------------|------------------|--------------------|
| Localités | OUI (%) | NON (%) | ND | Total | | |
| Bwamanda | 375 (96,9%) | 5 (2,1%) | 4 (1,0%) | 387 (100%) | | |
| Ciriri | 113 (87,6%) | 15 (11,6%) | 1 (0,8%) | 129 (100%) | | |
| Idjwi Nord | 75 (98,7%) | 0 (0%) | 1 (1,3%) | 76 (100%) | | |
| Idjwi Sud | 72 (98,6%) | 1 (1,4%) | 0 (0%) | 73 (100%) | | |
| Kadutu | 209 (89,7%) | 15 (6,4%) | 9 (3,9%) | 233 (100%) | | |
| Kalehe | 62 (98,4%) | 1 (1,6%) | 0 (0%) | 63 (100%) | | |
| Nyantendé | 115 (95,8%) | 1 (0,8%) | 4 (3,3%) | 120 (100%) | | |
| Total | 1021 (94,4%) | 41 (3,8%) | 19 (1,8%) | 1081 (100,0%) | | |
| Depuis quand ? | | | | | | |
| Localités | -1 an | 2 ans | 3 ans | 4 ans et plus | ND | Total |
| Bwamanda | 29 (7,5%) | 15 (3,9%) | 20 (5,2%) | 305 (78,8%) | 18 (4,7%) | 387 (100%) |
| Ciriri | 16 (12,4%) | 34 (26,4%) | 29 (22,5%) | 31 (24,0%) | 19 (14,7%) | 129 (100%) |
| Idjwi Nord | 30 (39,5%) | 4 (5,3%) | 2 (2,6%) | 38 (50,0%) | 2 (2,6%) | 76 (100%) |
| Idjwi Sud | 4 (5,5%) | 17 (23,3%) | 18 (24,7%) | 33 (45,2%) | 1 (1,4%) | 73 (100%) |
| Kadutu | 36 (15,5%) | 60 (25,8%) | 46 (19,7%) | 59 (25,3%) | 32 (13,7%) | 233 (100%) |
| Kalehe | 13 (20,6%) | 11 (17,5%) | 12 (19,0%) | 24 (38,1%) | 3 (4,8%) | 63 (100%) |
| Nyantendé | 13 (10,8%) | 28 (23,3%) | 21 (17,5%) | 44 (36,7%) | 14 (11,7%) | 120 (100%) |
| Total | 141 (13,0%) | 169 (15,6%) | 148 (13,7%) | 534 (49,4%) | 89 (8,2%) | 1081 (100%) |

2.1.2.2 SOURCES D'INFORMATION DES MEMBRES ET NON-MEMBRES SUR LES MUTUELLES DE SANTE

D'une manière générale, l'Eglise constitue la première source d'information pour tous (27,5% des membres et 25% des non-membres). Par contre si, au niveau des membres la seconde source d'information est constituée des responsables de la mutuelle (23,4%), chez les non-membres c'est plutôt la radio (22%). Ensuite, viennent les responsables de mutuelle pour les non-membres (17,6%), le personnel de santé pour les membres (17,3%) et enfin les amis et frères (16,8%). Particulièrement pour Bondéko (Bwamanda), le personnel de santé (27,9%) et la radio (25,4%) constituent les principales sources d'information pour les membres. Par contre à Idjwi Nord c'est plutôt l'Eglise (34,9%) et les amis/frères (25,1%) qui sont les principales sources d'informations chez les non-membres.

Les autres sources d'information (environ 1%) sont constituées des autorités locales (chef de groupement, chef de localité, chef de secteur, notables du village), des réseaux communautaires, de l'école ou de l'université etc.

TABLEAU N° 6 : SOURCES D'INFORMATION SUR LES MUTUELLES DE SANTE

| Sources d'information sur la mutuelle (Non-membres) | | | | | | | |
|---|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|---------------|
| Localités | Radio | Resp. Mut | Pers. Santé | Ami/ Frère | Eglise | Autres | Total |
| Bwamanda | 208 (25,4%) | 136 (16,6%) | 228 (27,9%) | 44 (5,4%) | 192 (23,5%) | 10 (1,2%) | 818 (100%) |
| Ciriri | 35 (17,9%) | 46 (23,5%) | 13 (6,6%) | 59 (30,1%) | 37 (18,9%) | 6 (3,1%) | 196 (100%) |
| Idjwi Nord | 35 (20,0%) | 24 (13,7%) | 13 (7,4%) | 37 (21,1%) | 65 (37,1%) | 1 (0,6%) | 175 (100%) |
| Idjwi Sud | 36 (21,4%) | 41 (24,4%) | 11 (6,5%) | 34 (20,2%) | 46 (27,4%) | 0 (0%) | 168 (100%) |
| Kadutu | 75 (25,8%) | 32 (11,0%) | 25 (8,6%) | 89 (30,6%) | 67 (23,0%) | 3 (1,0%) | 291 (100%) |
| Kalehe | 13 (14,9%) | 31 (35,6%) | 17 (19,5%) | 15 (17,2%) | 11 (12,6%) | 0 (0%) | 87 (100%) |
| Nyantendé | 32 (14,5%) | 35 (15,9%) | 27 (12,3%) | 56 (25,5%) | 70 (31,8%) | 0 (0%) | 220 (100%) |
| Total | 434 (22,2%) | 345 (17,6%) | 334 (17,1%) | 334 (17,1%) | 488 (25,0%) | 20 (1,0%) | |
| Sources d'information sur la mutuelle (Membres) | | | | | | | |
| Localités | Radio | Resp. Mut | Pers. Santé | Ami/ Frère | Eglise | Autres | Total |
| Bwamanda | 184 (21,4%) | 171 (19,9%) | 240 (27,9%) | 33 (3,8%) | 227 (26,4%) | 6 (0,7%) | 861 (100%) |
| Ciriri | 15 (7,3%) | 70 (34,1%) | 18 (8,8%) | 47 (22,9%) | 50 (24,4%) | 5 (2,4%) | 205 (100%) |
| Idjwi Nord | 15 (8,6%) | 33(18,9%) | 22 (12,6%) | 44 (25,1%) | 61 (34,9%) | 0 (0,0%) | 175 (100%) |
| Idjwi Sud | 28 (15,6%) | 52(29,1%) | 22 (12,3%) | 26 (14,5%) | 51 (28,5%) | 0 (0,0%) | 179 (100%) |
| Kadutu | 21 (7,0%) | 75 (24,8%) | 14 (4,6%) | 113 (37,4%) | 76 (25,2%) | 3 (1,0%) | 302 (100%) |
| Kalehe | 4 (5,6%) | 27 (38,0%) | 9 (12,7%) | 22 (31,0%) | 9 (12,7%) | 0 (0,0%) | 71 (100%) |
| Nyantendé | 24 (10,2%) | 46 (19,5%) | 26 (11,0%) | 56 (23,7%) | 83 (35,2%) | 1 (0,4%) | 236 (100%) |
| Total | 291 (14,3%) | 474 (23,4%) | 351 (17,3%) | 341 (16,8%) | 557 (27,5%) | 15 (0,7%) | |

2.1.2.3 APPRECIATION DE LA DISTANCE SEPRE LE DOMICILE QUI DE LA FORMATION SANITAIRE

Environ 70% des enquêtés ont déclaré être proches d'une formation sanitaire contre 6% qui sont situés très loin d'un centre de santé. A Bwamanda 64,5% des enquêtées sont proches d'une structure de soins contre 69,7% de ceux du Sud Kivu.

TABLEAU N° 7 : APPRECIATION DE LA DISTANCE DOMICILE- FORMATION SANITAIRE

| Appréciation distance domicile – formation sanitaire | | | | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Localités | Membres | | | Non-Membres | | |
| | Proche | Loin | Très loin | Proche | Loin | Très loin |
| Bwamanda | 251 (62,9%) | 117 (29,3%) | 31 (7,8%) | 64 (71,9%) | 18 (20,2%) | 7 (7,9%) |
| Ciriri | 87 (63,5%) | 36 (26,3%) | 14 (10,2%) | 262 (67,5%) | 95 (24,5%) | 31 (8,0%) |
| Idjwi Nord | 61 (84,7%) | 6 (8,3%) | 5(6,9%) | 82 (68,9%) | 32 (26,9%) | 5 (4,2%) |
| Idjwi Sud | 50 (75,8%) | 9 (13,6%) | 7 (10,6%) | 60 (78,9%) | 9 (11,8%) | 7 (9,2%) |
| Kadutu | 180 (76,6%) | 46 (19,6%) | 9 (3,8%) | 48 (66,7%) | 16 (22,2%) | 8 (11,1%) |
| Kalehe | 34 (56,7%) | 25 (41,7%) | 1 (1,7%) | 140 (74,1%) | 36 (19,0%) | 13 (6,9%) |
| Nyantendé | 108 (77,1%) | 32 (22,9%) | 0 (0,0%) | 33 (53,2%) | 27 (43,5%) | 2 (3,2%) |
| Sud Kivu | 771 (69,5%) | 271 (24,4%) | 67 (6,0%) | 755 (69,8%) | 253 (23,4%) | 73 (6,8%) |
| Total | 1022 (67,77%) | 388 (25,72%) | 98 (6,49%) | 819 (70,0%) | 271 (23,16%) | 80 (6,83%) |

Les différences observées entre les membres et les non-membres ne sont statistiquement significative. Par conséquent la position des populations par rapport aux formations sanitaires semble ne pas influencer la décision d'être membre d'une mutuelle de santé.

2.1.2.4 MOTIFS D'ADHESION OU DE REFUS D'ADHESION A LA MUTUELLE DE SANTE

L'adhésion à une mutuelle de santé est subordonnée au paiement du droit d'adhésion et au versement périodique de la cotisation ou prime. Au sein des non-membres, une personne sur deux n'a pas adhéré à la mutuelle à cause du montant élevé de la cotisation et/ou de la période de paiement des cotisations (motif financier).

TABLEAU N° 8 : MOTIFS D'ADHESION OU DE REFUS D'ADHESION A UNE MUTUELLE DE SANTE

| Motifs de non-adhésion (Non-membre) | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------|
| Localités | Financier ⁶ | Efficacité | Social | Pouvoir | Autres | Total |
| Bwamanda | 305 (64,8%) | 68 (14,4%) | 21 (4,5%) | 19 (4,0%) | 58 (12,3%) | 471 (100%) |
| Ciriri | 74 (43,3%) | 15 (8,8%) | 24 (14,0%) | 6 (3,5%) | 52 (30,4%) | 171 (100%) |
| Idjwi Nord | 87 (86,1%) | 6 (5,9%) | 5 (5,0%) | 1 (2,0%) | 2 (2,0%) | 101 (100%) |
| Idjwi Sud | 77 (61,6%) | 7 (5,6%) | 18 (14,4%) | 3 (2,4%) | 20 (16,0%) | 125 (100%) |
| Kadutu | 120 (49,2%) | 31 (12,7%) | 42 (17,2%) | 11 (4,5%) | 40 (16,4%) | 244 (100%) |
| Kalehe | 56 (37,3%) | 27 (18,0%) | 34 (22,7%) | 27 (18,0%) | 4 (4,0%) | 150 (100%) |
| Nyantendé | 87 (29,8%) | 55 (18,8%) | 59 (20,2%) | 50 (17,1%) | 41 (14,0%) | 292 (100%) |
| Total | 806 (51,9%) | 209 (13,4%) | 203 (13,1%) | 117 (7,5%) | 219 (14,1%) | |
| Motifs d'adhésion (membre) | | | | | | |
| Localités | Financier | Efficacité | Social | Pouvoir | Autres | Total |
| Bwamanda | 163 (19,1%) | 577 (67,6%) | 33 (3,9%) | 79 (9,3%) | 2 (0,2%) | 854 (100%) |
| Ciriri | 119 (30,2%) | 133 (33,8%) | 68 (17,3%) | 56 (14,2%) | 18 (4,6%) | 394 (100%) |
| Idjwi Nord | 48 (17,7%) | 195(72,0%) | 13 (4,8%) | 15 (5,5%) | 0 (0,0%) | 271 (100%) |
| Idjwi Sud | 93 (28,8%) | 133(41,2%) | 51 (15,8%) | 45 (13,9%) | 1 (0,3%) | 323 (100%) |
| Kadutu | 234 (34,3%) | 247 (36,2%) | 110 (16,1%) | 74 (19,9%) | 17 (2,5%) | 682 (100%) |
| Kalehe | 30 (19,9%) | 65 (43,0%) | 28 (18,5%) | 28 (18,0%) | 0 (0,0%) | 151 (100%) |
| Nyantendé | 93 (18,1%) | 241 (46,9%) | 96 (18,7%) | 78 (15,2%) | 6 (1,2%) | 514 (100%) |
| Total | 780 (24,5%) | 1591(49,9%) | 399 (11,8%) | 375 (11,8%) | 44 (1,4%) | |

Ce principal motif est suivi conjointement par les motifs d'efficacité (13,4%) et d'ordre social (13,1%). Les autres motifs (14%) sont relatifs à la négligence (de l'enquêté), à la très grande de la famille, à la présomption de la mauvaise gestion, etc.

Environ un membre sur deux adhère à la mutuelle de santé pour des raisons d'efficacité (49,9%). Pour les membres, l'efficacité de la mutuelle s'apprécie à travers l'éventualité d'être mieux soignés; la disponibilité de ressources financières en cas de maladie et donc la possibilité de payer moins d'argent que les services reçus. En seconde position on note les raisons d'ordre financier (24,5%) en particulier le montant de la cotisation et la période de paiement. Dans la catégorie des autres motifs (1,4%), il est revenu que certaines personnes adhèrent à la mutuelle parce qu'elles espèrent par cet acte contribuer au développement de leur territoire, aider les démunis =a se faire soigner par leur contribution (esprit de solidarité) etc.

2.1.2.5 CAPACITE DES MEMBRES A RENOUVELER LES COTISATIONS

Le renouvellement des cotisations au sein de la mutuelle de santé est un indicateur qui permet d'apprécier la fidélisation des membres. De l'analyse des statistiques du tableau ci-dessous, il ressort plus de 51% des membres enquêtés ont adhéré à la mutuelle de santé il y a au moins 5 ans. Cependant on note quelques particularités. Ainsi dans les mutuelles de santé qui existent depuis plus d'une dizaine d'année, par exemple à Bwamanda et à Idjwi Nord on constate que 33,3% des

⁶ **Efficacité:** être mieux soignés; Pour ne plus avoir de problèmes d'argent quand ils tombent malade; Pouvoir se faire soigner plus rapidement; Pour pouvoir moins payé que si on n'est pas mutualiste.

Financier: le montant de la cotisation est abordable ? La périodicité des cotisations vous convenait ? Vous avez bénéficié d'une bonne information ?

Social: car ces amis y étaient déjà ? Parce qu'on vous a parlé de la mutuelle ? La mutuelle est gérée par un groupe religieux. La mutuelle est gérée par un village. La mutuelle est gérée par une famille etc.) ? Vous aviez confiance dans ses responsables ?

Pouvoir: parce que la mutuelle a passé un contrat avec l'hôpital, le CS ? Car la mutuelle peut vous défendre au niveau de la formation sanitaire ? Car vous voulez vous investir en tant que membre du CA ?

membres sont dans la mutuelle depuis au moins dix ans (10 ans) tandis qu'à Idjwi Sud ce sont 25,5% des membres enquêtés qui ont souscrit à la mutuelle depuis au moins 10 ans.

TABLEAU N° 9 : CAPACITE DES MEMBRES A RENOUVELER LES COTISATIONS

| Localités | Capacité de renouvellement des cotisations | | | | | Total |
|--------------|--|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| | -1 an | 1- 4 ans | 5 - 9 ans | 10 ans et plus | ND | |
| Bwamanda | 137(34,3%) | 25 (6,3%) | 68 (17,0%) | 133 (33,3%) | 36 (9,0%) | 399 (100%) |
| Ciriri | 74 (54,0%) | 51 (37,2%) | 12 (8,8%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 137 (100%) |
| Idjwi Nord | 8 (11,1%) | 26 (36,1%) | 9 (12,5%) | 24 (33,3%) | 5 (6,9%) | 72 (100%) |
| Idjwi Sud | 11 (16,7%) | 24 (36,4%) | 12 (18,2%) | 17 (25,8%) | 2 (3,0%) | 66 (100%) |
| Kadutu | 97 (40,9%) | 110 (46,4%) | 16 (6,8%) | 0 (0,0%) | 14 (5,9) | 237 (100%) |
| Kaléhé | 26 (46,6%) | 24 (39,3%) | 10 (16,4%) | 0 (0,0%) | 1 (1,6%) | 61 (100%) |
| Nyantendé | 72 (51,4%) | 49 (35,0%) | 12 (8,6%) | 0 (0,0%) | 7 (5,0%) | 140 (100%) |
| Total | 425 (38,2%) | 309 (27,8%) | 139 (12,5%) | 174 (15,6%) | 65 (5,8%) | 1112 (100%) |

2.1.2.6 PROPORTION D'INTENTION D'ADHESION DES NON MEMBRES A LA MUTUELLE

La plupart (86%) des non-membres interrogés souhaitent adhérer à une mutuelle de santé ou à un autre mécanisme de protection contre le risque maladie. Les plus fort taux d'intentions d'adhésion sont plus observés à Nyantendé (98,3%) Idjwi Nord (97,4%), et Kaléhé (96,8%).

TABLEAU N° 10 : PROPORTION D'INTENTION D'ADHESION DES NON-MEMBRES

| Localités | Intension d'adhésion des non-membres | | | Total |
|--------------|--------------------------------------|--------------------|------------------|----------------------|
| | OUI (%) | NON (%) | ND | |
| Bwamanda | 286 (73,9%) | 98 (25,3%) | 3 (0,8%) | 387 (100%) |
| Ciriri | 111 (86,0%) | 17 (13,2%) | 1 (0,8%) | 129 (100%) |
| Idjwi Nord | 74 (97,4%) | 2 (2,6%) | 0 (0,0%) | 76 (100%) |
| Idjwi Sud | 67 (91,8%) | 6 (8,2%) | 0 (0,0%) | 73 (100%) |
| Kadutu | 214 (91,8%) | 14 (6,0%) | 5 (2,1%) | 233 (100%) |
| Kalehe | 61 (96,8%) | 2 (3,2%) | 0 (0,0%) | 63 (100%) |
| Nyantendé | 118 (98,3%) | 1 (0,8%) | 1 (0,8%) | 120 (100%) |
| Total | 931 (86,1%) | 140 (13,0%) | 10 (0,9%) | 1081 (100,0%) |

2.1.2.7 CAUSES DE REFUS D'ADHESION DES NON MEMBRES AUX MUTUELLES

Dans l'ensemble, les trois principales causes de refus d'adhésion à une mutuelle de santé sont : la mauvaise qualité des soins (25,7%), le manque de ressources financières (23,6%), la mauvaise perception sur la mutuelle (20,0%). On observe presque les mêmes tendances à Bwamanda que sont : mauvaise qualité des soins (32,7%) mauvaise perception sur la mutuelle (19,3%) et le manque ressources financières (18,4%). Par contre au Sud Kivu, les fréquences observées sont inverses : mauvaise qualité des soins (9,5%), mauvaise perception/ mutuelle (21,4%), manque ressources financières (35,7%).

TABLEAU N° 11 : CAUSES DE REFUS D'ADHESION DES NON-MEMBRES

| Localités | Cause de refus d'adhésion à la mutuelle par les non-membres | | | | | | | Total |
|------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------|--------------------|----------------------------|--------------------------------|-------------------|---------------------|
| | Mauvaise qualité soins | Manque ressources financières | Mauvaise perception / mutuelle | Etranger/ localité | Mauvaise gestion/ mutuelle | Dispose/ ressources financière | ND | |
| Equateur (Bwamanda) | 32 (32,7%) | 18 (18,4%) | 19 (19,3%) | 5(5,1%) | 12 (12,2%) | 4 (4,0%) | 8 (8,1%) | 98 (100%) |
| Sud Kivu (6 mutuelles) | 4 (9,5%) | 15 (35,7%) | 9 (21,4%) | 0 (0,0%) | 2 (4,8%) | 4 (9,5%) | 2 (19,1%) | 42 (100%) |
| Total | 36 (25,7%) | 33 (23,6%) | 28 (20,0%) | 5 (3,6%) | 14 (10,0%) | 8 (5,7%) | 10 (7,14%) | 140 (100,0%) |

2.1.2.8 MODES DE PAYEMENT DES COTISATIONS

Environ, un membre sur deux paye sa cotisation de façon spontanée (48,9%). De même, à peu près un membre sur quatre cotise à travers le prélèvement (24,3%) direct de montant sur les recettes issues de la vente de leurs produits agricoles⁷. Par contre à Bwamanda 45,5% des membres s'acquittent de leur cotisation après un rappel des responsables, et, 26,8% des membres payent grâce au prélèvement sur les recettes issues de la vente de produits agricoles. Au Sud Kivu, plus de 60% des membres payent de façon spontanée leur cotisation. C'est seulement à Idjwi Sud que 47,8% des membres payent par prélèvement.

Par ailleurs, il a été également demandé aux non-membres qui souhaitent adhérer à une mutuelle de santé de préciser le mode de paiement des cotisations qui leur conviendrait le mieux. Ainsi, les trois modes de paiement les plus cités par les non-membres sont : paiement spontané (43,3%) ; paiement par prélèvement (24,7%) ; paiement après rappel des responsables de la mutuelle (20,8%). A Bwamanda, c'est plutôt le mode de paiement par prélèvement (41,3%) qui est privilégié suivi du mode paiement spontané (27,3%) et de celui du paiement après rappel des responsables de la mutuelle (26,2%) . Par contre au Sud Kivu, 50,5% souhaite payer de façon spontanée, 18,4% après rappel des responsables de la mutuelle et 17,3% par prélèvement. Les autres modes de paiement suggérés à la fois par les membres et les non-membres sont relatifs au paiement en nature, par microcrédit etc. Certains ont suggéré des allègements en termes de subvention des cotisations par l'État ou les partenaires.

⁷ Dans le cas où il existe une structure d'achat des produits agricoles, il est organisé un prélèvement du montant de la cotisation des recettes du paysan. C'est le cas de CDI-Bwamanda et de la mutuelle de santé de Bwamanda. Il s'agit d'un paiement en nature.

TABLEAU N° 12 : MODES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

| Localités | Mode de paiement des cotisations | | | | | | | |
|--------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | Membres | | | | Non-Membres | | | |
| | Façon spontanée | Rappel/ Resp. Mut. | Prélèvement | Autres | Façon spontanée | Rappel/ Resp. Mut. | Prélèvement | Autres |
| Bwamanda | 114 (24,7) | 210 (45,5%) | 124 (26,8%) | 14 (3,0%) | 78 (27,3%) | 75 (26,2%) | 118 (41,3%) | 15 (5,2%) |
| Ciriri | 101 (66,9%) | 17 (11,3%) | 22 (14,6%) | 11 (7,3%) | 61 (55,0%) | 9 (8,1%) | 19 (17,1%) | 22 (19,8%) |
| Idjwi Nord | 64 (61,5%) | 7 (6,7%) | 33 (31,7%) | 0 (0,0%) | 24 (32,4%) | 16 (21,6%) | 28 (37,8%) | 6 (8,1%) |
| Idjwi Sud | 34 (37,0%) | 13 (14,1%) | 44 (47,8%) | 1 (1,1%) | 34 (50,7%) | 26 (38,8%) | 1 (1,5%) | 6 (9,0%) |
| Kadutu | 177 (71,1%) | 22 (8,8%) | 47 (18,9%) | 3 (1,2%) | 129 (60,3%) | 26 (12,1%) | 33 (15,4%) | 26 (12,1%) |
| Kalehe | 45 (67,2%) | 22 (32,8%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 33 (54,1%) | 2 (3,3%) | 26 (42,6%) | 0 (0,0%) |
| Nyantendé | 80 (60,6%) | 8 (6,1%) | 36 (27,3%) | 8 (6,1%) | 45 (38,1%) | 40 (33,9%) | 5 (4,2%) | 28 (23,7%) |
| Sud Kivu | 501 (63,0%) | 89 (11,1%) | 182 (22,8%) | 23 (2,8%) | 326 (50,5%) | 119 (18,4%) | 230 (17,3%) | 88 (13,6%) |
| Total | 615 (48,9%) | 299 (23,8%) | 306 (24,3%) | 37 (2,9%) | 404 (43,4%) | 194 (20,8%) | 230 (24,7%) | 103 (11,1%) |

2.1.3 DIFFÉRENTES PERCEPTIONS

2.1.3.1 PERCEPTION SUR LA GESTION DE LA MUTUELLE

Dans l'ensemble, environ 67% des membres estiment que la mutuelle de santé est bien gérée contre 7% qui pensent que la gestion est mauvaise. La même tendance est presque observée au niveau des non-membres. En effet, 44% de ceux-ci considèrent que la gestion de la mutuelle est bonne contre 12,1%. Toutefois, on observe quelques singularités par exemple à Bwamanda où 57,4% des membres et 40,8% des non-membres estiment que la mutuelle est bien gérée contre 15,3% des membres et 29,7% des non-membres qui sont d'avis contraire. Par contre à Idjwi Nord on observe une très bonne appréciation de la gestion de la mutuelle par l'ensemble des enquêtés. En effet, 84,7% des membres et 61,8% des non-membres estiment que cette mutuelle est bien gérée.

TABLEAU N° 13 : PERCEPTION SUR LA GESTION DE LA MUTUELLE DE SANTE ET DE LA CAPACITE DES RESPONSABLES

| | Perception sur la gestion de la mutuelle de santé | | | | | | | |
|--------------|---|------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| | Membres | | | | Non-Membres | | | |
| Localités | Bonne gestion | Mauvaise gestion | Ne sait pas | ND | Bonne gestion | Mauvaise gestion | Ne sait pas | ND |
| Bwamanda | 229 (57,4%) | 61 (15,3%) | 98 (24,6%) | 11 (2,8%) | 158 (40,8%) | 115 (29,7%) | 97 (25,1%) | 17 (4,4%) |
| Ciriri | 104 (75,9%) | 3 (2,2%) | 30 (21,9%) | 0 (0,0%) | 57 (44,2%) | 7 (5,4%) | 61 (47,3%) | 4 (3,1%) |
| Idjwi Nord | 61 (84,7%) | 0 (0,0%) | 10 (13,9%) | 1 (1,4%) | 47 (61,8%) | 0 (0,0%) | 29 (38,2%) | 0 (0,0%) |
| Idjwi Sud | 43 (65,2%) | 1 (1,5%) | 22 (33,3%) | 0 (0,0%) | 39 (53,4%) | 1 (1,4%) | 33 (45,2%) | 0 (0,0%) |
| Kadutu | 156 (65,8%) | 9 (3,8%) | 71 (30,0%) | 1 (0,4%) | 100 (42,9%) | 2 (0,9%) | 97 (41,6%) | 34 (14,6%) |
| Kalehe | 39 (63,9%) | 3 (4,9%) | 19 (31,1%) | 0 (0,0%) | 12 (19%) | 2 (3,2%) | 49 (77,8%) | 0 (0,0%) |
| Nyantendé | 112 (80,0%) | 2 (1,4%) | 26 (18,6%) | 0 (0,0%) | 67 (55,8%) | 4 (3,3%) | 44 (36,7%) | 5 (4,2%) |
| Total | 744 (66,9%) | 79 (7,1%) | 276 (24,8%) | 13 (1,2%) | 480 (44,4%) | 131 (12,1%) | 410 (37,9%) | 60 (5,6%) |
| | Perception de la capacité des responsables à gérer la mutuelle de santé | | | | | | | |
| | Membres | | | | Non-Membres | | | |
| Localités | Bonne capacité | Mauvaise capacité | Ne sait pas | ND | Bonne capacité | Mauvaise capacité | Ne sait pas | ND |
| Bwamanda | 235 (59,0%) | 79 (19,8%) | 69 (17,3%) | 15 (3,8%) | 156 (40,3%) | 100 (25,8%) | 100 (25,8%) | 31 (8,0%) |
| Ciriri | 119 (86,9%) | 4 (2,9%) | 14 (10,2%) | 0 (0,0%) | 63 (48,8%) | 5 (3,9%) | 57 (44,2%) | 4 (3,1%) |
| Idjwi Nord | 37 (51,4%) | 1 (1,4%) | 34 (47,2%) | 0 (0,0%) | 32 (42,1%) | 1 (1,3%) | 42 (55,3%) | 1 (1,3%) |
| Idjwi Sud | 62 (93,9%) | 0 (0,0%) | 4 (6,1%) | 0 (0,0%) | 52 (71,2%) | 1 (1,4%) | 20 (27,4%) | 0 (0,0%) |
| Kadutu | 164 (69,2%) | 25 (10,5%) | 46 (19,4%) | 2 (0,8%) | 128 (54,9%) | 6 (2,6%) | 66 (28,3%) | 33 (14,2%) |
| Kalehe | 47 (77,0%) | 3 (4,9%) | 10 (16,4%) | 1 (1,6%) | 22 (34,9%) | 2 (3,2%) | 39 (61,9%) | 0 (0,0%) |
| Nyantendé | 124 (88,6%) | 3 (2,1%) | 11 (7,9%) | 2 (1,4%) | 79 (65,8%) | 5 (4,2%) | 31 (25,8%) | 5 (4,2%) |
| Total | 788 (70,9%) | 115 (10,4%) | 188 (16,9%) | 20 (1,8%) | 532 (49,2%) | 120 (11,1%) | 355 (32,8%) | 74 (6,8%) |

La perception sur la capacité des responsables à gérer la mutuelle de santé semble être concomitante à celle observée quant à la gestion de la mutuelle de santé. En effet, 70% des membres et 49% des non-membres considèrent que les responsables disposent d'une bonne capacité de gestion des mutuelles de santé. C'est à Idjwi Nord qu'on observe le plus fort de taux d'appréciation, ainsi 93,9% des membres et 71,2% des non-membres estiment que les responsables possèdent une bonne capacité de gestion de la mutuelle de santé. Par contre à Bwamanda, 19,8% des membres et 25,8% des non-membres pensent que ces responsables n'ont pas une bonne capacité de gestion de la mutuelle de santé.

2.1.3.2 RELATION ENTRE LA PERCEPTION SUR LA GESTION TECHNIQUE ET FINANCIERE DE LA MUTUELLE ET LE RENOUVELLEMENT DES COTISATIONS

Le renouvellement des cotisations est corrélé à 86,4% à la perception que les membres se font de la gestion technique et financière de la mutuelle de santé

TABLEAU N° 14 : RELATION ENTRE LA PERCEPTION SUR LA GESTION TECHNIQUE ET FINANCIERE DE LA MUTUELLE ET LE RENOUVELLEMENT DES COTISATIONS

| Localités | Relation entre perception technique et financière et le renouvellement des cotisations | | | Total |
|--------------|--|--------------------|------------------|----------------------|
| | OUI (%) | NON (%) | ND | |
| Bwamanda | 663(91,0%) | 31 (7,8%) | 5 (1,3%) | 399 (100%) |
| Ciriri | 129 (94,2%) | 8 (5,8%) | 0 (0,0%) | 137 (100%) |
| Idjwi Nord | 68 (94,4%) | 1 (1,4%) | 3 (4,2%) | 72 (100%) |
| Idjwi Sud | 56 (84,8%) | 10 (15,2%) | 0 (0%) | 66 (100%) |
| Kadutu | 167 (70,5%) | 66 (27,8%) | 4 (1,7%) | 237 (100%) |
| Kalehe | 61 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 61 (100%) |
| Nyantendé | 117 (83,6%) | 21 (15,0%) | 2 (1,4%) | 140 (100%) |
| Total | 961 (86,4%) | 137 (12,3%) | 14 (1,3%) | 1112 (100,0%) |

2.1.4 PRISE EN CHARGE

2.1.4.1 PRISE EN CHARGE DES MEMBRES ET DE LEURS BENEFICIAIRES

Selon 83% des membres enquêtés, il y a au moins un bénéficiaire dans leur ménage qui a été en pris en charge par la mutuelle de santé lors d'un épisode de maladie durant l'année civile 2009.

TABLEAU N° 15 : UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES MUTUALISTES EN 2009

| Localités | Utilisation des services en 2009 | | | Total |
|--------------|----------------------------------|--------------------|------------------|----------------------|
| | OUI (%) | NON (%) | ND | |
| Bwamanda | 335(84,0%) | 58 (14,5%) | 6 (1,5%) | 399 (100%) |
| Ciriri | 113 (82,5%) | 23 (16,8%) | 1 (0,7%) | 137 (100%) |
| Idjwi Nord | 70 (97,2%) | 1 (1,4%) | 1 (1,4%) | 72 (100%) |
| Idjwi Sud | 46 (69,7%) | 19 (28,8%) | 1 (1,5%) | 66 (100%) |
| Kadutu | 198 (83,5%) | 34 (14,3%) | 5 (2,1%) | 237 (100%) |
| Kalehe | 43 (70,5%) | 18 (29,5%) | 0 (0,0%) | 61 (100%) |
| Nyantendé | 121 (86,4%) | 18 (15,0%) | 1 (0,7%) | 140 (100%) |
| Total | 926 (83,3%) | 171 (15,4%) | 15 (1,3%) | 1112 (100,0%) |

2.1.4.2 FREQUENCE DE LA PRISE EN CHARGE

Dans l'ensemble, plus de 70% des mutualistes ont fréquenté au moins une fois une formation sanitaire. Près d'un mutualiste sur quatre est allé une fois dans un centre de santé, un mutualiste sur cinq deux fois, un mutualiste sur dix trois fois et un mutualiste sur cinq plus de quatre fois. A Bwamanda, un mutualiste sur cinq est allé plus de quatre fois dans une structure de santé. Très peu (3,3%) n'ont jamais été cette année dans une structure de soins. A Ciriri, plus de 70% ont déjà vu un prestataire

TABLEAU N° 16 : NOMBRE DE RECOURS AU SEIN D'UN MENAGE DE MUTUALISTE EN 2009

| Nombre de recours au sein des ménages enquêtés (en 2009) | | | | | | | |
|--|----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|
| Localités | 0 fois | 1 fois | 2 fois | 3 fois | 4 et plus | ND | Total |
| Bwamanda | 13 (3,8%) | 74 (22,0%) | 65 (19,4%) | 40 (11,9%) | 94 (28,0%) | 49 (14,6%) | 335 (100%) |
| Ciriri | 7 (6,1%) | 39 (34,5%) | 37 (32,7%) | 9 (7,9%) | 18 (15,9%) | 3 (2,6%) | 113 (100%) |
| Idjwi Nord | 4 (5,7%) | 30 (42,8%) | 12 (17,1%) | 3 (4,2%) | 1 (1,4%) | 20 (28,5%) | 70 (100%) |
| Idjwi Sud | 0 (0,0%) | 11 (23,9%) | 14 (30,4%) | 5 (10,8%) | 10 (21,7%) | 6 (13,0%) | 46 (100%) |
| Kadutu | 7 (3,5%) | 16 (8,0%) | 71 (35,8%) | 26 (13,1%) | 31 (15,6%) | 47 (23,7%) | 198 (100%) |
| Kalehe | 7 (16,2%) | 16 (37,2%) | 3 (6,9%) | 5 (11,6%) | 13 (27,9%) | 0 (0,0%) | 43 (100%) |
| Nyantendé | 13 (10,7%) | 36 (29,7%) | 22 (18,1%) | 19 (15,7%) | 20 (16,5%) | 11 (9,0%) | 121 (100%) |
| Total | 51 (5,5%) | 222 (23,9%) | 224 (24,1%) | 107 (11,5%) | 186 (20,0%) | 136 (14,6%) | 926 (100,0%) |

2.1.5 APPRECIATION DES ATTENTES ET DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

2.1.5.1 CONNAISSANCES DE PAQUET DE SERVICES ET DE SOINS DE SANTE OFFERTS PAR LES MUTUELLES

Il a été demandé aux non membres qui souhaitent adhérer à la mutuelle leur connaissance du paquet de services et soins de santé offerts par la mutuelle de santé à ces bénéficiaires. Bien que 94,4% (Cf. tableau n°5, p.16) des non-membres aient déclaré avoir eu connaissance de l'existence de la mutuelle de santé, il a été constaté que 52,2% de ces non-membres ne connaissent pas le paquet de services offerts par la mutuelle de santé. Ce manque de connaissance a été remarqué particulièrement la mutuelle de Nyantendé (88%), suivi d'Idjwi Sud et de Kaléhé. En revanche, à Bondéko (Bwamanda) près de 46% connaissent partiellement les services offerts par leur mutuelle.

TABLEAU N° 17 : CONNAISSANCE DU PAQUET DE SERVICES OFFERT PAR LA MUTUELLE DE SANTE

| Localités | Membres | | | | Non-Membres | | | |
|------------|----------------------|------------------------------------|----------------|---------------|----------------------|------------------------------------|----------------|---------------|
| | Connait les services | Connait partiellement les services | Ne connait pas | ND | Connait les services | Connait partiellement les services | Ne connait pas | ND |
| Bwamanda | 125 (31,3%) | 170 (42,6%) | 62 (15,5%) | 42 (10,5%) | 29 (10,1%) | 132 (46,2%) | 100 (35,0%) | 25 (8,7%) |
| Ciriri | 36 (26,3%) | 69 (50,4%) | 29 (21,2%) | 3 (2,2%) | 13 (11,7%) | 30 (27,0%) | 66 (59,5%) | 2 (1,8%) |
| Idjwi Nord | 25 (34,7%) | 36 (50,0%) | 4 (5,6%) | 7 (9,7%) | 34 (45,9%) | 9 (12,2%) | 31 (41,9%) | 0 (0,0%) |
| Idjwi Sud | 29 (43,9%) | 2 (3,0%) | 33 (50,0%) | 2 (3,0%) | 11 (16,4%) | 15 (22,4%) | 40 (59,7%) | 1 (1,5%) |
| Kadutu | 79 (33,3%) | 80 (33,8%) | 77 (32,5%) | 1 (0,4%) | 34 (15,9%) | 37 (17,3%) | 110 (51,4%) | 33 (15,4%) |

Connaissance du paquet de services offert par la mutuelle de santé

| Localités | Membres | | | | Non-Membres | | | |
|--------------|----------------------|------------------------------------|--------------------|------------------|----------------------|------------------------------------|--------------------|------------------|
| | Connait les services | Connait partiellement les services | Ne connait pas | ND | Connait les services | Connait partiellement les services | Ne connait pas | ND |
| Kalehe | 9 (14,8%) | 45 (73,8%) | 5 (8,2%) | 2 (3,3%) | 0 (0,0%) | 26 (42,6%) | 35 (57,4%) | 0 (0,0%) |
| Nyantendé | 1 (0,7%) | 37 (26,4%) | 97 (69,3%) | 5 (3,6%) | 3 (2,5%) | 6 (5,1%) | 104 (88,1%) | 5 (4,2%) |
| Total | 304 (27,3%) | 439 (39,5%) | 307 (27,6%) | 62 (5,6%) | 124 (13,3%) | 255 (27,4%) | 486 (52,2%) | 66 (7,1%) |

2.1.5.2 PERCEPTION DU PAQUET DE SERVICES PAR LES MEMBRES DE MUTUELLES

Près de 82% de membres trouvent que les services offerts par les différentes mutuelles sont satisfaisants contre 17,1% qui trouvent que les services sont insuffisants. Par contre à Idjwi Nord les appréciations semblent être quelque peu divergentes. Ainsi 55,6% de membres estiment que le paquet de services est suffisant contre 43,1% qui le jugent non suffisant.

TABLEAU N° 18 : PERCEPTION DU PAQUET DE SERVICES PAR LES MUTUALISTES

| Localités | Perception du paquet de services | | | Total |
|--------------|----------------------------------|--------------------|-----------------|----------------------|
| | Suffisant | Insuffisant | ND | |
| Bwamanda | 331 (83,0%) | 66 (16,5%) | 2 (0,5%) | 399 (100%) |
| Ciriri | 112 (81,8%) | 25 (18,2%) | 0 (0,0%) | 137 (100%) |
| Idjwi Nord | 40 (55,6%) | 31 (43,1%) | 1 (1,4%) | 72 (100%) |
| Idjwi Sud | 54 (81,8%) | 11 (16,7%) | 1 (1,5%) | 66 (100%) |
| Kadutu | 204 (86,1%) | 31 (13,1%) | 2 (0,8%) | 237 (100%) |
| Kalehe | 42 (68,6%) | 19 (31,1%) | 0 (0,0%) | 61 (100%) |
| Nyantendé | 131 (93,3%) | 7 (5,0%) | 2 (1,4%) | 140 (100%) |
| Total | 914 (82,2%) | 190 (17,1%) | 8 (0,7%) | 1112 (100,0%) |

A Bwamanda ou dans les autres mutuelles du Sud Kivu les membres qui ne sont pas satisfaits du paquet de services, souhaitent la prise en charge de :

- Soins de spécialités : asthme, sida, méningite, TBC, la chirurgie (hernie, kyste, ...), ophtalmologie, les soins intensifs, ambulance, maux de dents etc.
- Analyses de laboratoire et l'imagerie médicale
- Médicaments de spécialités vendus dans les officines privées ;
- Transport des malades : ambulance

Singulièrement à Bwamanda, d'autres souhaitent la réfection de leur formation sanitaire.

2.1.5.3 PROPORTION DES MEMBRES SATISFAITS DES ATTENTES DE LEURS MUTUELLES

Environ 90% des membres sont satisfaits des avantages attendus de leur mutuelle de santé. C'est à Bwamanda (86,2%) et Kaléhé (85,2%) qu'on observe les plus bas taux de satisfaction.

TABLEAU N° 19 : SATISFACTION DES MEMBRES PAR RAPPORT AUX ATTENTES VIS-A-VIS DE LA MUTUELLE

| Localités | Satisfaction des membres par rapport aux attentes vis-à-vis de la mutuelle | | | |
|--------------|--|------------------|------------------|----------------------|
| | OUI (%) | NON (%) | ND | Total |
| Bwamanda | 344(86,2%) | 54 (13,5%) | 1 (0,3%) | 399 (100%) |
| Ciriri | 122 (89,1%) | 13 (9,5%) | 2 (1,5%) | 137 (100%) |
| Idjwi Nord | 70 (97,2%) | 0 (0,0%) | 2 (2,8%) | 72 (100%) |
| Idjwi Sud | 61 (92,4%) | 3 (4,5%) | 2 (3,0%) | 66 (100%) |
| Kadutu | 221 (93,2%) | 12 (5,1%) | 4 (1,7%) | 237 (100%) |
| Kalehe | 52 (85,2%) | 9 (14,8%) | 0 (0,0%) | 61 (100%) |
| Nyantendé | 134 (95,7%) | 4 (2,9%) | 2 (1,4%) | 140 (100%) |
| Total | 1004 (90,3%) | 95 (8,5%) | 13 (1,2%) | 1112 (100,0%) |

2.1.5.4 SATISFACTION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

Environ 83% de membres enquêtés sont satisfaits de la qualité de la prise en charge contre 15%. Les proportions les plus élevées de membres qui ne sont pas satisfaits de la qualité de la prise en charge se rencontrent à Bwamanda (21,7%) et à Kaléhé (20,9%).

TABLEAU N° 20 : SATISFACTION DE LA QUALITE DES SOINS ET SERVICES DE SANTE

| Localités | Satisfaction de la qualité des soins et services de santé | | | |
|--------------|---|--------------------|------------------|---------------------|
| | OUI (%) | NON (%) | ND | Total |
| Bwamanda | 253(75,5%) | 73 (21,7%) | 9 (2,9%) | 335 (100%) |
| Ciriri | 91(80,5%) | 16 (14,1%) | 6 (5,3%) | 113 (100%) |
| Idjwi Nord | 63 (90,0%) | 5 (7,1%) | 2 (2,8%) | 70 (100%) |
| Idjwi Sud | 42 (91,3%) | 3 (6,5%) | 1 (2,1%) | 46 (100%) |
| Kadutu | 171 (86,3%) | 22 (11,1%) | 5 (2,5%) | 198 (100%) |
| Kalehe | 30 (70,0%) | 9 (20,9%) | 4 (9,3%) | 43 (100%) |
| Nyantendé | 114 (94,2%) | 5 (4,1%) | 2 (1,6%) | 121 (100%) |
| Total | 764 (82,5%) | 133 (14,3%) | 29 (3,1%) | 926 (100,0%) |

2.1.5.5 RAISONS DE NON SATISFACTION A LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DE SOINS

Dans l'ensemble, les deux principales raisons de non satisfaction sont : le manque de médicaments et de consommables médicaux (41,3%) au niveau de formations sanitaires suivi de la mauvaise prise en charge (24,06%). Lorsqu'on procède à une analyse comparative au niveau des deux provinces, on observe les mêmes tendances. Ainsi à Bwamanda les deux principaux motifs sont : le manque de médicaments et consommables médicaux (57,5%) au niveau de formations sanitaires suivi de la mauvaise prise en charge (27,4%). Ce sont ces deux motifs qui sont également observés au Sud Kivu respectivement dans les proportions de 21,6% puis 20,0%.

TABLEAU N° 23 : DEFINITION D'UN RESEAU DE MUTUELLES DE SANTE

| Définition d'un réseau de mutuelles de santé | | | | | | | | |
|--|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Localités | Membres | | | | Non-Membres | | | |
| | Connaissance parfaite | Connaissance partielle | Ne connaît pas | ND | Connaissance parfaite | Connaissance partielle | Ne connaît pas | ND |
| Bwamanda | 1 (0,3%) | 83 (20,8%) | 213 (53,4%) | 102 (25,6%) | 6 (1,6%) | 69 (17,8%) | 174 (45,0%) | 138 (35,7%) |
| Ciriri | 0 (0,0%) | 32 (23,4%) | 93 (67,9%) | 12 (8,8%) | 1 (0,8%) | 38 (29,5%) | 86 (66,7%) | 4 (3,1%) |
| Idjwi Nord | 2 (2,8%) | 50 (69,4%) | 19 (26,4%) | 1 (1,4%) | 1 (1,3%) | 33 (43,4%) | 40 (52,6%) | 2 (2,6%) |
| Idjwi Sud | 1 (1,5%) | 52 (78,8%) | 13 (19,7%) | 0 (0,0%) | 3 (4,1%) | 40 (54,8%) | 25 (34,2%) | 5 (6,8%) |
| Kadutu | 14 (5,9%) | 69 (29,1%) | 139 (58,6%) | 15 (6,3%) | 2 (0,9%) | 45 (19,3%) | 140 (60,1%) | 46 (19,7%) |
| Kalehe | 0 (0,0%) | 4 (6,6%) | 56 (91,8%) | 1 (1,6%) | 0 (0,0%) | 9 (14,3%) | 54 (85,7%) | 0 (0,0%) |
| Nyantendé | 14 (10,0%) | 33 (23,6%) | 82 (58,6%) | 11 (7,9%) | 5 (4,2%) | 26 (21,7%) | 79 (65,8%) | 10 (8,3%) |
| Total | 32 (2,9%) | 323 (29,0%) | 615 (55,3%) | 142 (12,8%) | 18 (1,7%) | 260 (24,1%) | 598 (55,3%) | 205 (19,0%) |

2.1.6.3 APPARTENANCE A UN RESEAU DE MUTUELLES DE SANTE

En général, 83,2% des membres, qui connaissent ce qu'est un réseau, considèrent qu'il est pertinent qu'une mutuelle soit membre d'un réseau de mutuelles contre près de 10% qui trouve cela non pertinent. C'est essentiellement à Idjwi Nord et Sud (100%), à Kaléhé (98,4%) et à Nyantendé (95,7%) que l'on observe les taux les plus élevés relatifs à la pertinence du réseau. A Bwamanda, environ 70% des enquêtés ayant une connaissance des réseaux, sont également de cet avis.

TABLEAU N° 24 : APPARTENANCE A UN RESEAU DE MUTUELLES

| Appartenance à un réseau de mutuelles | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Localités | Membres | | | Non-Membres | | |
| | OUI | NON | ND | OUI | NON | ND |
| Bwamanda | 298 (74,7%) | 67 (16,8%) | 34 (8,5%) | 211 (54,5%) | 68 (17,6%) | 108 (27,9%) |
| Ciriri | 82 (59,9%) | 19 (13,9%) | 36 (26,3%) | 76 (58,9%) | 14 (10,9%) | 39 (30,2%) |
| Idjwi Nord | 72 (100%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 65 (85,5%) | 2 (2,6%) | 9 (11,8%) |
| Idjwi Sud | 66 (100%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 68 (93,2%) | 5 (6,8%) | 0 (0,0%) |
| Kadutu | 213 (89,9%) | 19 (8,0%) | 5 (2,1%) | 172 (73,8%) | 16 (9,9%) | 45 (19,3%) |
| Kalehe | 60 (98,4%) | 1 (1,6%) | 0 (0,0%) | 46 (73,0%) | 17 (27,0%) | 0 (0,0%) |
| Nyantendé | 134 (95,7%) | 4 (2,9%) | 2 (1,4%) | 90 (75,0%) | 5 (4,2%) | 25 (20,8%) |
| Total | 925 (83,2%) | 110 (9,9%) | 77 (6,9%) | 728 (67,3%) | 127 (11,7%) | 226 (20,9%) |

2.1.6.4 RAISONS DE REFUS D'APPARTENANCE A UN RESEAU DE MUTUELLES DE SANTE

Les principales raisons de refus d'appartenance à un réseau de mutuelles de santé sont : fragilisation de la mutuelle de santé (40,9%) ; manque d'informations sur les réseaux de mutuelles de santé (33,6%). En réalité, ces deux raisons sont en fait les conséquences de la méconnaissance d'un réseau de mutuelles.

TABLEAU N° 25 : RAISONS DE REFUS D'APPARTENANCE A UN RESEAU

| Raisons de refus d'appartenance à un réseau | | | | | | | | |
|---|------------------------------|---------------|--------------|---------------|------------------------------|----------------|---------------|-------------|
| Localités | Membres | | | | Non-Membres | | | |
| | Fragilisation de la Mutuelle | Manque d'info | NSP | ND | Fragilisation de la Mutuelle | Manque d'info | NSP | ND |
| Equateur (Bwamanda) | 33 (49,3%) | 26 (38,8%) | 6 (9,0) | 2 (3,0%) | 15 (22,1%) | 37 (54,3%) | 12 (17,6%) | 4 (5,9%) |
| Sud Kivu (Bukavu 6M) | 12 (27,9%) | 11 (25,6%) | 11 (25,6) | 9 (20,9%) | 20 (33,9%) | 22 (37,3%) | 12 (20,3%) | 5 (8,5%) |
| Total | 45 (40,9%) | 37 (33,6%) | 17 (15,5) | 11 (10,0%) | 35 (27,6%) | 59 (46,45%) | 24 (18,9) | 9 (7,1%) |

2.1.6.5 ATTENTES VIS-A-VIS D'UN RESEAU DE MUTUELLES DE SANTE

Les membres qui estiment qu'il serait très pertinent que leur mutuelle appartienne à un réseau de mutuelles de santé, considèrent que celui-ci constituerait une opportunité pour : organiser la continuité des soins (35%) ; renforcer la solidarité entre les membres (15,2%) ; harmoniser la cotisation et les modalités de prise en charge (13,1%).

TABLEAU N° 26 : ATTENTES VIS-A-VIS D'UN RESEAU DE MUTUELLES DE SANTE (MEMBRES)

| Attentes vis-à-vis d'un réseau de mutuelles de santé (membres) | | | | | | | | | |
|--|------------------------|------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|
| Localités | Continuité des soins | Amélioration des soins | Harmonisation cotisation et modalités | Renforcement de la solidarité | Développement de la mutuelle | Amélioration revenu ménage | NSP | ND | Total |
| Bwamanda | 121 (40,6%) | 13 (4,4%) | 72 (24,2%) | 13 (4,4%) | 11 (3,7%) | 2 (0,7%) | 28(9,4%) | 38 (12,8%) | 298 (100%) |
| Ciriri | 25 (30,5%) | 4 (4,9%) | 13 (15,9%) | 12 (14,6%) | 4 (4,9%) | 1 (1,2%) | 14 (17,1%) | 9 (11,0%) | 82 (100%) |
| Idjwi Nord | 62 (86,1%) | 1 (1,4%) | 0(0,0%) | 3 (4,2%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 3 (4,5%) | 7 (10,6%) | 72 (100%) |
| Idjwi Sud | 2 (3,0%) | 1 (1,5%) | 0 (0,0%) | 29 (43,9%) | 24 (36,4%) | 0 (0,0%) | 3 (4,5%) | 7 (10,6%) | 66 (100%) |
| Kadutu | 65 (30,5%) | 25 (11,7%) | 17 (8,0%) | 18 (8,5%) | 40 (18,8%) | 1 (0,5%) | 32 (15,0%) | 15 (7,0%) | 213 (100%) |
| Kaléhé | 27 (45,0%) | 1 (1,7%) | 6 (10,0%) | 15 (25,0%) | 7 (11,7%) | 3 (5,0%) | 1 (1,7%) | 0 (0,0%) | 60 (100%) |
| Nyantendé | 22 (16,4%) | 7 (5,2%) | 13 (9,7%) | 51 (38,1%) | 12 (9,0%) | 10 (7,5%) | 16 (11,9%) | 3 (2,2%) | 134 (100%) |
| Total | 324 (35,0%) | 52 (5,6%) | 121 (13,1%) | 141 (15,2%) | 98 (10,6%) | 17 (1,8%) | 99 (10,7%) | 73 (7,9%) | 925 (100,0%) |

Les non membres espèrent du réseau de mutuelles de santé, l'organisation de la continuité des soins (29,7%) ; le renforcement et l'élargissement de la base de la solidarité (15,9%) ; l'harmonisation des cotisations et des modalités de prise en charge (9,8%).

TABLEAU N° 27 : ATTENTES VIS-A-VIS D'UN RESEAU DE MUTUELLES DE SANTE (NON-MEMBRES)

| Attentes vis-à-vis d'un réseau de mutuelles de santé (Non-membres) | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|--|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Localités | Continuité des soins | Amélioration des soins | Harmonisation cotisation et modalités | Renforcement de la solidarité | Développement de la mutuelle | Amélioration revenu ménage | NSP | ND | Total |
| Bwamanda | 83 (39,3%) | 14 (6,6%) | 31 (14,7%) | 23 (10,9%) | 13 (6,2%) | 2 (0,9%) | 10(4,7%) | 35 (16,6%) | 211 |
| Ciriri | 16 (21,1%) | 5 (6,6%) | 3 (3,9%) | 22 (28,9%) | 7 (9,2%) | 0 (0,0%) | 17 (22,4%) | 6 (7,9%) | 76 |
| Idjwi Nord | 33 (50,8%) | 9 (13,8%) | 6(9,2%) | 3 (4,6%) | 0 (0,0%) | 1 (1,5%) | 12 (18,5%) | 1 (1,5%) | 65 |
| Idjwi Sud | 6 (8,8%) | 8 (11,8%) | 3 (4,4%) | 25 (36,8%) | 17 (25,0%) | 2 (2,9%) | 4 (5,9%) | 3 (4,4%) | 68 |
| Kadutu | 52 (30,2%) | 15 (8,7%) | 13 (7,6%) | 13 (7,6%) | 13 (7,6%) | 2 (1,2%) | 28 (16,3%) | 36 (20,9%) | 172 |
| Kaléhé | 16 (34,8%) | 3 (6,5%) | 9 (19,6%) | 5 (10,9%) | 5 (10,9%) | 5 (10,9%) | 2 (4,3%) | 1 (2,2%) | 46 |
| Nyantendé | 10 (11,1%) | 10 (11,1%) | 6 (6,7%) | 25 (27,8%) | 12 (13,3%) | 11 (12,2%) | 4 (4,4%) | 12 (13,3%) | 90 |
| Total | 216 (29,7%) | 64 (8,8%) | 71 (9,8%) | 116 (15,9%) | 67 (9,2%) | 23 (3,2%) | 77 (10,6%) | 94 (12,9%) | 728 (100%) |

2.1.6.6 SUGGESTIONS POUR LE DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE OU AUTRE MECANISME DE PROTECTION CONTRE LES RISQUES

Pour le développement ultérieur des mutuelles, les non membres ont suggéré que des actions soient entreprises dans les axes ci-après : sensibilisation de la population (18,5%), l'amélioration de la qualité de l'offre (10,7%), l'implication de l'Etat (10,1%), la réduction de la cotisation (9,7%), la bonne gestion (9,3%) et une mise en réseau des mutuelles (8,8%).

TABLEAU N° 28 : SUGGESTIONS POUR LE DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE (NON-MEMBRES)

| Suggestions pour le développement des mutuelles de santé (Non-membres) | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------|-----------------------|----------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------|------------------|--------------------|--------------------|
| Localités | Sensibilisation | Implication de l'État | Réduction de la cotisation | Bonne gestion | Diminution frais d'adhésion | Amélioration offre de soins | Mise en réseau des mutuelles | ND | Autres | NSP | Total |
| Bwamanda | 10 (2,6%) | 14 (3,6%) | 58 (15,0%) | 27 (7,0%) | 4 (1,0%) | 72 (18,6%) | 33 (8,5%) | 89 (23,0%) | 11 (2,8%) | 69 (17,8%) | 387 (100%) |
| Ciriri | 45 (34,9%) | 14 (10,9%) | 5 (3,9%) | 11 (8,5%) | 5 (3,9%) | 12 (9,3%) | 4 (3,1%) | 3 (2,3%) | 5 (3,9%) | 25 (19,4%) | 129 (100%) |
| Idjwi Nord | 28 (36,8%) | 3 (3,9%) | 2 (2,6%) | 16 (21,1%) | 0 (0,0%) | 1 (1,3%) | 9 (11,8%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 17 (22,4%) | 76 (100%) |
| Idjwi Sud | 18 (24,7%) | 19 (26,0%) | 8 (11,0%) | 6 (8,2%) | 0 (0,0%) | 2 (2,7%) | 3 (4,1%) | 1 (1,4%) | 1 (1,4%) | 15 (20,5%) | 73 (100%) |
| Kadutu | 59 (25,3%) | 23 (9,9%) | 7 (3,0%) | 24 (10,3%) | 0 (0,0%) | 11 (4,7%) | 41 (17,6%) | 17 (7,3%) | 3 (1,3%) | 48 (20,6%) | 233 (100%) |
| Kalehe | 27 (42,9%) | 4 (6,3%) | 15 (23,8%) | 1 (1,6%) | 3 (4,8%) | 8 (12,7%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 2 (3,2%) | 3 (4,8%) | 63 (100%) |
| Nyantendé | 13 (10,9%) | 32 (26,7%) | 10 (8,3%) | 15 (12,5%) | 8 (6,7%) | 10 (8,3%) | 5 (4,2%) | 6 (5,0%) | 6 (5,0%) | 15 (12,5%) | 120 (100%) |
| Total | 200 (18,5%) | 109 (10,1%) | 10 (9,7%) | 100 (9,3%) | 20 (1,9%) | 116 (10,7%) | 95 (8,8%) | 116 (10,7%) | 28 (2,8%) | 192 (17,8%) | 1081 (100%) |

3. RESULTATS QUALITATIFS

3.1 STRUCTURES D'APPUI AUX MUTUELLES DE SANTE

Deux institutions œuvrent pour le développement des mutuelles de santé au niveau des deux sites de collecte de données. Il s'agit du Centre de Développement Intégré-Bwamanda (CDI) (Equateur) et de la Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé (CAMS) du Bureau Diocésain des Œuvres Médicales du Sud Kivu (BDOM).

3.1.1 LE CDI-BWAMANDA

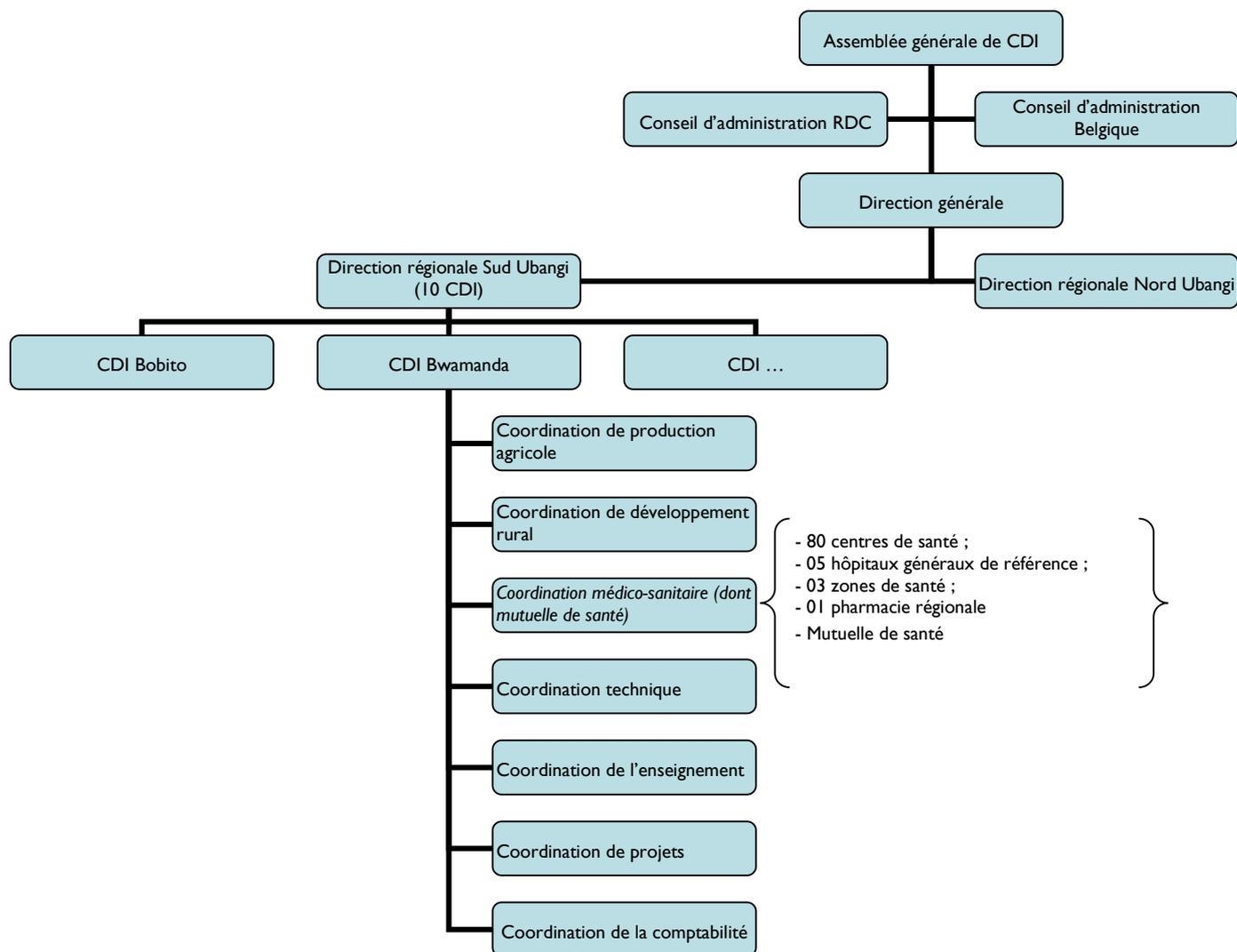
Le Centre de Développement Intégré de Bwamanda est une ONG mixte belge et congolaise qui a été reconnu comme Association Sans But Lucratif (A.S.B.L.) par l'Etat Congolais le 21 février 1972 et comme Organisation Non Gouvernementale de Développement (O.N.G.D.) sous le N° SEN.61.022/99 le 03 mars 1999. Il entretient une relation privilégiée avec le Centrum voor Dorps-Integratie – Bwamanda-Belgique, ONG reconnue avec le statut juridique d'ASBL dont le siège est situé à Leuven⁸. Dans le cadre de ce rapport, nous avons tenté de synthétiser les éléments principaux qui nous semblent importants pour analyser les orientations qui ont été prises en matière de mutuelle de santé. Dans l'ouvrage « Cheminement d'un projet vers l'économie sociale », le Prof. Develtere et J. Stessens distinguent quatre phases successives dans la vision, l'organisation et la pratique du CDI, à savoir :

- Lancement de CDI-Bwamanda comme programme intégral (1969- 1974);
- Expansion et décentralisation organisationnelle (1975-1988);
- Résistance face à la crise économique et politique (1988-2002);
- Relance de CDI-Bwamanda comme moteur d'une économie sociale (2002).

L'idée de départ, portée par le Professeur L. Van Baelen et le Dr. J. Van Mullem, est d'initier un projet de développement intégré qui consiste à appliquer des actions simultanées et combinées dans le domaine économique (principalement agricole), médical, social et culturel au profit d'une population abandonnée et qui vit dans des conditions précaires. Le choix se porte sur Bwamanda, un poste missionnaire érigé en 1926 par les Pères Capucins. Les activités du Centre de Développement Intégral Bwamanda débutent en 1969 avec une intervention financière limitée de la Coopération belge et de l'Etat Congolais (Zairois). A l'inverse du développement communautaire, l'approche était verticale. Le projet ne visait pas à stimuler l'organisation communautaire et collective des paysans par le biais de l'animation rurale. Il consistait en l'apport de différents services aux paysans. Parmi ceux-ci, l'accent fut immédiatement porté sur les activités économiques susceptibles de procurer aux villageois un revenu monétaire satisfaisant et capable d'assurer la prise en charge progressive des services sociaux. L'organisation actuelle du CDI-Bwamanda se présente comme suit :

⁸ Le site web de l'asbl est à l'adresse <http://www.cdibwamanda.be>

FIGURE N°01: ORGANIGRAMME DE CDI-BWAMANDA



3.1.2 LE BDOM/CAMS

Le Bureau diocésain des œuvres médicales (B.D.O.M.) est l'organe du Diocèse de Bukavu chargé de la planification et de la coordination des activités de santé dans le diocèse. Au niveau de la province le B.D.O.M est l'interlocuteur de l'Eglise Catholique auprès des services publics de la santé (Inspection Provinciale de la Santé) et d'autres intervenants dans le domaine. Le B.D.O.M. a pour objectifs de :

- Diagnostiquer les problèmes sanitaires qui se posent dans la population et d'apporter une solution selon les possibilités.
- Analyser et étudier les problèmes sanitaires de la population ainsi que leurs causes réelles, avec la population concernée en collaboration avec les autorités sanitaires et les autres secteurs de développement de la région; réfléchir sur les moyens nécessaires pour appuyer ces populations.
- Sensibiliser la population en matière de santé afin de promouvoir la coresponsabilité et l'engagement actif de toute la communauté.

Le B.D.O.M. a sous sa responsabilité soixante-dix (70) formations sanitaires dont six (6) hôpitaux généraux de référence à travers huit (8) zones de santé, trois (3) étant sous sa responsabilité directe (Idjwi, Kabaré, Nyangezi).

Pour pouvoir canaliser les activités de création et d'assistance technique aux mutuelles de santé et assurer un accompagnement méthodologique de qualité et une meilleure intégration du développement des mutuelles dans les zones de santé, le B.D.O.M. a institué parmi ses services, "la Cellule d'appui aux mutuelles de santé (CAMS)". Cette structure qui assure la coordination des activités de toutes les Mutuelles naissantes ou fonctionnelles au Sud Kivu est composée de :

- Un Médecin Conseil : chargé de faire les analyses des fiches des membres et évaluer les soins donnés aux membres.
- Un Animateur principal : chargé de la mobilisation-animation de la population et du marketing
- Un Gestionnaire-Assistant : chargé de mener les études de faisabilités financières
- Un Administrateur-Gérant : chargé de la gestion des ressources financières, humaines et matérielles.

3.2 CARACTERISTIQUES FONDAMENTAUX DES MUTUELLES DE SANTE DE BWAMANDA ET DU SUD KIVU

La création des mutuelles de santé à Bwamanda et à Bukavu

En 1986, CDI-Bwamanda a créé une mutuelle pour améliorer l'accessibilité financière de la population aux soins de santé de deuxième échelon et ainsi, également améliorer la situation financière de l'hôpital. Partant avec environ 31 000 bénéficiaires en 1986, le nombre est passé à 130 415 en 2007. Ces membres ont généré des recettes de 63,7 millions de francs CFA⁹ en 2004. Le nombre de bénéficiaires a fortement augmenté à partir de 2004 car contrairement auparavant, les prix des soins au premier échelon ne sont plus les mêmes pour les membres et les non-membres.

L'expérience des mutuelles de santé au Sud Kivu a démarré à Idjwi Sud. La création de mutuelle de santé dans cette province résulte de l'application d'une des décisions du Synode diocésain de 1992. En effet, il avait été constaté sur le plan sanitaire un problème d'accessibilité financière de la population aux soins de santé, avec comme conséquences l'accumulation des dettes au niveau des structures sanitaires et l'augmentation du nombre de décès à domicile. Entre autres solutions, l'option a été faite pour l'organisation d'une auto-prise en charge financière des soins par les communautés. Le BDOM après l'organisation de voyages d'étude et la création en son sein de la CAMS, effectua l'étude de faisabilité de la mutuelle de santé de Idjwi Sud en janvier 1997 qui a permis la création de cette mutuelle en juillet 1997 avec 4324 adhérents. Au regard des résultats positifs obtenus durant la phase pilote à Idjwi et en réponse à une demande croissante de la population, il a été décidé au Synode diocésain d'étendre et de coordonner les activités mutualistes par l'entremise du B.D.O.M./CAMS, dans les autres zones de santé de: Katana (secteur Kaléhé, Kavumu), Nyangezi, Walungu, et la mutualisation de la ville de Bukavu à travers ses zones qui la composent : Ibanda, Kadutu, Bagira et également au niveau de l'Université de Bukavu. Au moment de l'enquête, il a été dénombré dans la province du Sud Kivu seize (16) mutuelles de santé.

Paquets de services et risques couverts

Le paquet de services offert par les mutuelles de santé dans les deux localités (Bwamanda, Sud Kivu) est presque identique. Ce paquet comprend la prise en charge de risques et les activités de promotion de la santé. En ce qui concerne les risques, il s'agit de la prise en charge partielle de :

- *santé préventive* : consultation pré et postnatale, suivi des nourrissons sains, vaccination, planification familiale, éducation à la santé, assainissement, etc.
- *soins curatifs* : consultations, soins infirmiers, médicaments, analyse de laboratoire, maladies

⁹ En raison de la proximité de Bwamanda par rapport à la République Centrafricaine, la monnaie congolaise est convertible en F CFA dans cette région.

chroniques, malnutrition et récupération nutritionnelle, etc.

- *soins hospitaliers* : hébergement, actes médicaux, chirurgicaux et médicaments. Les bénéficiaires doivent être préalablement référés par les centres de santé.

Les autres services du paquet sont relatifs : éducation à la santé, assainissement, etc.

Modalités de prise en charge

Pour tous les services couverts par la mutuelle un ticket modérateur de 20 à 50% (au Sud Kivu) et de 20 à 40% (à Bwamanda) est appliqué au tarif de la prestation.

Organisation et fonctionnement des mutuelles de santé à Bwamanda et Bukavu

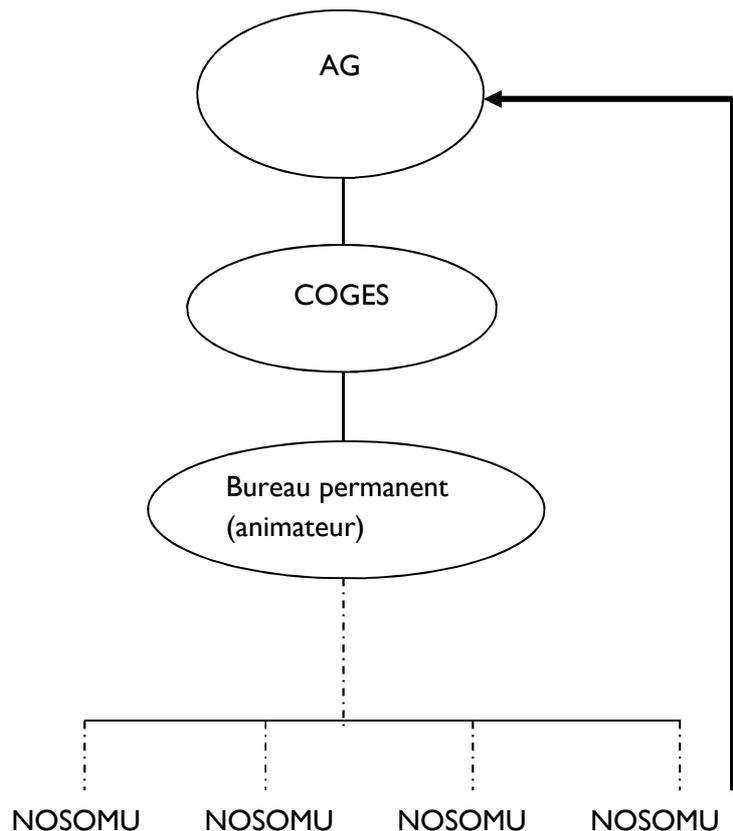
Au départ la mutuelle de santé de Bwamanda était organisée sous la forme d'une micro-assurance santé ; ce qui exclut la participation des membres dans la gestion de celle-ci. A partir de 2001, CDI-Bwamanda a commencé à chercher une plus importante participation de la population dans les activités de la mutuelle. La mutuelle reste un instrument d'assurance-maladie géré par les prestataires de soins, mais multiplie les moments et les formes de participation. Ainsi, la cotisation annuelle est déterminée de commun accord entre CDI-Bwamanda et les représentants de la population. La compression de certaines dépenses et l'extension des services sont discutés lors de réunions paritaires annuelles et la campagne d'affiliation est gérée par les comités de santé des villages couverts. Il est ainsi stimulé une dynamique locale qui se concrétise dans les comités de santé. Depuis 2006, la population est associée à la gestion de la mutuelle de santé et actuellement, cette dernière dispose des organes de gestion fonctionnels. Il s'agit de :

- l'assemblée générale ;
- le conseil d'administration ;
- le comité exécutif ;
- le comité de surveillance.

Toutefois, malgré la fonctionnalité des organes de gestion, la mutuelle ne dispose pas des textes fondamentaux régissant son fonctionnement notamment, le statut et le règlement d'ordre intérieur. Par ailleurs on constate que la composition des organes de gestion n'est pas de nature à éviter les conflits d'intérêts. Par exemple, Le médecin chef de zone est membre du comité exécutif de la mutuelle de santé. En sa qualité de médecin chef de zone, il est censé contrôler le fonctionnement normal des formations sanitaires, de veiller au respect et suivi des normes sanitaires. De même, en tant que membre du comité exécutif de la mutuelle, il devrait faire le suivi des risques c'est-à-dire contrôler les prestations de santé des mutualistes, veiller à ce que les mutualistes bénéficient de soins adéquats. Il semble peu évident que le médecin chef de zone puisse jouer dans toute la rigueur le double rôle de fournisseur de services et de contrôle de la qualité des services reçus.

Au Sud Kivu la structure organisationnelle de toutes les mutuelles de santé est identique : assemblée générale (AG), comité de gestion (COGES), Bureau permanent (BP) et les noyaux de solidarité mutualiste (NOSOMU). Compte tenu de la taille de la mutuelle de santé, les membres d'un village se regroupent en noyau de solidarité mutualiste (NOSOMU). Les délégués des NOSOMU représentent les mutualistes d'un village à l'AG :

- L'Assemblée générale des membres se tient deux fois par an en AG ordinaire et chaque fois que c'est nécessaire en assemblée extraordinaire.
- Le Conseil de gestion composé des représentants de toutes les couches de la population élus en assemblée générale et les intervenants locaux (la zone de santé, les catholiques, les protestants, les collectivités, les groupements, les localités, les associations de développement) et la CAMS. Il se réunit 4 fois en assemblée ordinaire et chaque fois que c'est nécessaire en assemblée extraordinaire.
- Le Bureau permanent composé d'un animateur élu par l'assemblée générale des membres suivant un profil donné. Il assure la permanence, redynamise la base, fait l'enregistrement et perception des cotisations et fait le rapport au Conseil de gestion et à la CAMS.



L'affiliation

L'adhésion à l'une quelconque des mutuelles de santé est familiale mais la cotisation qui est individuelle, varie de 3 à 6\$ US au Sud Kivu. A Bwamanda, le montant de cotisation varie à chaque exercice (un exercice s'étend du 1^{er} avril au 31 mars). La cotisation correspond au prix de vente d'un timbre annuel qui est apposé sur la carte de chaque bénéficiaire (carte de membre individuelle). Depuis le démarrage de la mutuelle, le montant de la cotisation se situerait en moyenne à environ 1,5 USD par an et par personne. Toutefois, seul le membre décide du nombre de personnes à charge. La période d'observation est de trois (3) mois au Sud Kivu. A Bwamanda, bien qu'officiellement il n'y pas une période d'observation, la mutuelle ouvre une période d'adhésion de mois (3) avant le début d'exercice. Les prestations ne commencent qu'après cette période. Cette période peut, dans la pratique, être considérée comme une période d'observation.

Modalités de gestion des ressources financières des mutuelles de santé

Les recettes de la mutuelle de Bwamanda sont intégralement versées au CDI. Les dépenses de fonctionnement et le remboursement des services de santé de l'hôpital et des centres de santé s'effectuent par un jeu d'écritures comptables au niveau du CDI. Autrement dit, le CDI se comporte schématiquement comme une banque pour l'ensemble de ses activités (Zone sanitaire, mutuelle, écoles, activités agricoles, etc.) et les flux financiers croisés s'effectuent comme des virements de compte à compte. Les frais de fonctionnement (utilisation de véhicules du CDI, etc.) sont facturés à la mutuelle par le CDI et prélevés sur son compte.

Au Sud Kivu, les cotisations perçues par l'animateur permanent sont versées dans le compte du BDOM (service comptabilité) contre réception d'un bon de caisse. Les mouvements de trésorerie se font par voie scripturale (écritures comptables).

Relations entre mutuelles de santé et prestataires de soins

Bien qu'en 2006, il y ait eu une restructuration de la mutuelle de santé de Bwamanda, les relations entre les prestataires de soins et la mutuelle de santé sont gérées par le biais du système de gestion centralisée au niveau de CDI-Bwamanda. La structure de cette relation s'apparente à un échange de services entre plusieurs activités de CDI-Bwamanda. Il n'y a pas de convention entre la mutuelle et les structures sanitaires : l'assureur et l'offre de soins forment une seule entité.

Au Sud Kivu, les relations entre les mutuelles de santé et les structures de santé sont formalisées par une convention de collaboration.

4. ANALYSE ET COMMENTAIRES

4.1 DE L'INITIATIVE DE CREATION DES MUTUELLES DE SANTE A BWAMANDA ET AU SUD KIVU

L'initiative de création de mutuelles de santé au niveau des deux localités a été entièrement conçue et mise en œuvre par les prestataires de soins (CDI et BDOM/CAMS). De ce fait, l'initiative provient de personnes extérieures au groupe cible. Toutefois, les mutuelles furent créées en réponse à un problème ressenti localement et dans une logique de développement local (Moens, 1990). Elles ont été développées en collaboration étroite avec le personnel de santé et étaient bien intégrées dans un système de santé local cohérent. C'est également le cas de la mutuelle Ilera de Porto-Novo au Bénin, qui a été créée par un médecin de l'hôpital provincial sans aide externe (Diop, 1998). De même, dans la zone cotonnière du Burkina Faso, plusieurs mutuelles de ce type ont été créées dans les années 1990 (Cazal-Gamelsy et al, 2001). Le modèle a été élaboré par la Direction Provinciale de la Santé du Houet en 1991. L'infirmier en chef de Bouahoun, très motivé et convaincu des bénéfices que le système pouvait apporter à la population, en a été le principal promoteur. Sa démarche auprès des leaders d'opinion et auprès des habitants de tous les villages est à la base des huit mutuelles qui se sont développées dans le district de Houndé.

Dans le cas particulier de ces mutuelles de santé objets de cette étude, il a été constaté une participation des communautés à la gestion de leur mutuelle de santé. Ainsi, il s'agit du cas où la gestion est assurée conjointement par les représentants du prestataire et des membres de la mutuelle. Ces mutuelles peuvent être catégorisées dans le modèle (Arhin-Tenkorang, 2001) à gestion partagée¹⁰ (Mutual-Provider Partnership). Ce type de modèle de gestion rend les mutuelles de santé dépendant vis-à-vis du prestataire de soins. C'est d'ailleurs ce qu'on constate avec la gestion financière des mutuelles qui est assurée par les structures d'appui que sont les prestataires de soins. Cette situation compromet le principe d'autonomie de ces mutuelles de santé vis-à-vis d'un tiers.

4.2 DE LA PROTECTION DES POPULATIONS CONTRE LES CONSEQUENCES FINANCIERES DU RISQUE MALADIE

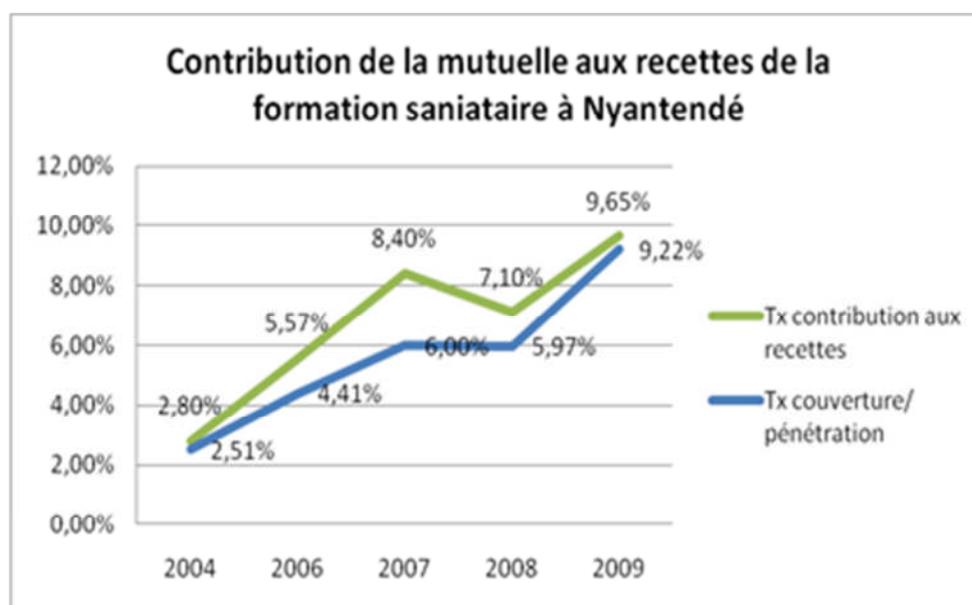
Au nombre des motifs d'adhésion étudiés, quatre se sont révélés associés à l'affiliation des membres des mutuelles. Il s'agit notamment de : l'efficacité des mutuelles (41%), l'aspect social (l'appartenance à un groupe au sein duquel il y a mes amis ou frères (34%)), la capacité financière (15%), le pouvoir de coercition et de négociation de la mutuelle (11,8%). Il est important de mettre l'accent sur le premier motif. En effet, l'efficacité de la mutuelle est relative à la garantie qu'offre la mutuelle pour les membres en termes de couverture des dépenses de soins, la possibilité de moins payer en cas de maladie puis enfin l'espoir d'être mieux soigné. Tous ces aspects de ce motif explicitent et combler le besoin de sécurité des populations en cas de maladie. C'est ainsi qu'une enquête d'opinion menée en 2003 auprès des femmes de la mutuelle de santé Kènèya So au Mali montrait que 93 % disaient se sentir davantage en sécurité partielle ; 85% ont déclaré avoir adhéré pour les avantages personnels apportés par la mutuelle et 78% par esprit d'entraide et de solidarité (A. Letourmy ; A. Pavy-Letourmy; 2005). De même, les résultats de l'étude de T. J. Compaoré (2007) vont dans le même sens car certains membres enquêtés disent que la mutuelle permet à l'individu de sauvegarder sa dignité en lui évitant les emprunts et les ventes précipitées (braderies) des biens pour les soins

¹⁰ Arhin-Tenkorang, D. (2001) Health insurance for the informal sector in Africa: Design features, risk protection and resource mobilization. CMH Working paper Series. Paper N° WG3: I. Geneva, World Health Organization, Commission on Macroeconomics and Health. <http://www.cmhealth.org/docs/wg3_paper1.pdf>

d'urgence. Par ailleurs, ils pensent qu'à la différence des autres structures d'entraide et de solidarité qui ne sont mobilisables qu'après la survenue de l'événement maladie, les services de la mutuelle sont sûrs et permettent aux membres de bénéficier rapidement des soins (T. J. Compaoré; 2007). Par conséquent, il serait indispensable de prendre en compte les aspects de ce motif dans le cadre de toute stratégie de fidélisation des membres des mutuelles de santé.

4.3 DE LA CONTRIBUTION DES MUTUELLES A LA REDUCTION DE LA DEPENSE DIRECTE

Selon les résultats des comptes nationaux de la RDC, 43% du financement des soins et des services de santé est à la charge des ménages et 91% des dépenses de santé des ménages essentiellement réalisée par paiement direct. Il a été démontré que ce mode de paiement est un facteur de paupérisation des populations. Une étude de cas de la contribution de la mutuelle aux recettes de la formation sanitaire nous a permis de constater que celle-ci est proportionnelle au taux de couverture ou de pénétration de la mutuelle au sein de la population cible. Le principe de paiement étant le tiers payant la contribution des mutuelles de santé au financement des recettes de la formation sanitaire constitue en fait une réduction des dépenses directes des ménages dans l'ordre d'environ 10%.



4.4 DE LA PROMOTION DES MUTUELLES DE SANTE

L'étude révèle que les sensibilisations à l'église, par la radio, par le personnel de santé et les responsables de la mutuelle ont été des éléments clés qui ont permis l'accès à l'information sur les avantages et les modalités d'accès aux soins grâce aux mutuelles de santé. On retiendra que la combinaison des sources et supports d'information est une nécessité permanente pour mobiliser la population cible aussi bien pour l'adhésion que pour le paiement régulier des cotisations. Ainsi, une meilleure combinaison de tous les canaux et techniques de communication donnerait de meilleurs résultats de promotion des mutuelles de santé.

4.5 DE LA QUALITE DES SOINS ADMINISTRES AUX MUTUALISTES

Bien qu'environ 83% des membres aient déclaré qu'ils sont satisfaits de la qualité des soins reçus, il importe de souligner que, la mauvaise qualité des soins (25,7%)¹¹ est la principale cause de refus d'adhésion (par les non-membres) à une mutuelle de santé. De même 15% des membres enquêtés ne sont pas satisfaits de la qualité de la prise en charge. Les proportions les plus élevées de membres qui ne sont pas satisfaits de la qualité de la prise en charge se rencontrent à Bwamanda (21,7%) suivi de Kaléhé (20,9%). Il va de soi que les populations ne seront réellement motivés à participer et à contribuer à une mutuelle de santé que si l'offre de soins est à leurs yeux suffisamment attractive. Il faut un minimum de qualité pour que les populations adhèrent à une mutuelle de santé. Il a été démontré par Balique (2001) que le bon fonctionnement d'une mutuelle de santé passe par la qualité des services offerts par le centre de santé communautaire (CSCOM) et les compétences de son personnel soignant. Ce dernier, précise également que la perception que les populations ont de la qualité des soins va au-delà de la simple notion clinique/médicale et ne correspond pas nécessairement à la perception technique. Elle concerne beaucoup plus les relations interpersonnelles de l'agent de santé telles que le respect, la patience, la courtoisie, la bienveillance, l'honnêteté, la franchise et la simplicité.

Au regard de tout ce qui précède et pour favoriser les adhésions et le recouvrement des cotisations dans les systèmes mutualistes, la qualité des soins doit être améliorée. Pour atteindre cet objectif, il est indéniable que l'Etat joue son véritable rôle qui est celui de contrôler la qualité des soins offerts, celui de leader qui accompagne la dynamique de développement des mutuelles de santé et de coordinateur d'une approche multisectorielle qui implique différents acteurs dans l'amélioration de la qualité de soins. L'étude de T. J. Compaoré (2007) l'illustre aussi très bien car certains enquêtés membres de la mutuelle ne sont pas à jour de leur cotisation et ils expliquent ce retard par la non satisfaction pour les soins reçus dans des structures conventionnées avec la mutuelle. Comme le disent J-C. Guizouarn et N. Marescaux (2004) "*le produit ne connaîtra le succès que s'il procure valeur et satisfaction à son acquéreur*". Les explications fournies par les prestataires de soins permettent de comprendre que même si certains reconnaissent les dérives de certains agents de santé (mauvais accueil, rançonnement etc.) ils estiment que les mutualistes ont une mauvaise maîtrise de leurs droits (prestations couvertes et modalités de prise en charge) et de leurs devoirs (présentation des cartes d'adhérents à jour, respect des règles communes à tous les usagers des centres de santé) au niveau des centres de santé, ce qui crée des mécontentes entre les prestataires de soins et les mutualistes. Il revient donc aux responsables des mutuelles de bien expliquer aux membres de leurs mutuelles de santé le paquet de prestations qui leur sera offert au niveau des centres de santé et les exigences liées à leur identification comme mutualistes par les agents de santé et à leur comportement dans les centres de santé.

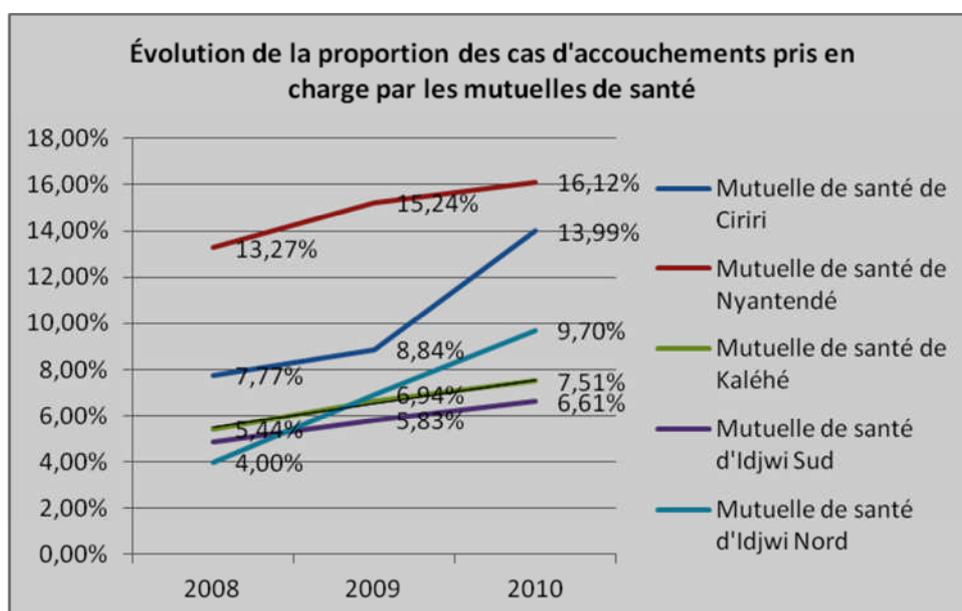
Ce travail d'information doit être continu et soutenu au sein des centres de santé pour orienter les mutualistes et régler au cas par cas, les problèmes entre agents de santé et mutualistes. L'étude réalisée par T. J. Compaoré (2007) au Burkina Faso, met l'accent sur des opinions de prestataires de soins qui, même si elles ne sont pas évoquées par les prestataires de soins de la présente étude, méritent qu'on s'y attarde. Pour les prestataires modernes, "*la mutuelle est perçue comme une activité supplémentaire dans leur cahier des charges. Elle alourdit leurs tâches à travers le remplissage des documents pour la consultation des mutualistes, les facturations et les transactions financières qui demandent de la rigueur*". Ces enquêtés disent que le personnel soignant est démotivé parce qu'il n'y a pas d'indemnités pour le travail effectué pour le compte de la mutuelle. Donc, la mutuelle doit instaurer des mesures de motivation du personnel de santé vu le volume du travail qu'elle leur impose et le fait qu'elle supprime certains avantages liés à leur relation avec les malades. Ils citent par exemple des cadeaux, des restes de médicaments qu'ils recevaient. Ce surplus de travail et la perte de certains avantages, même s'ils sont illégaux, méritent une attention, d'où s'impose la réflexion sur

¹¹ Cf. Tableau n°, 11, page 20

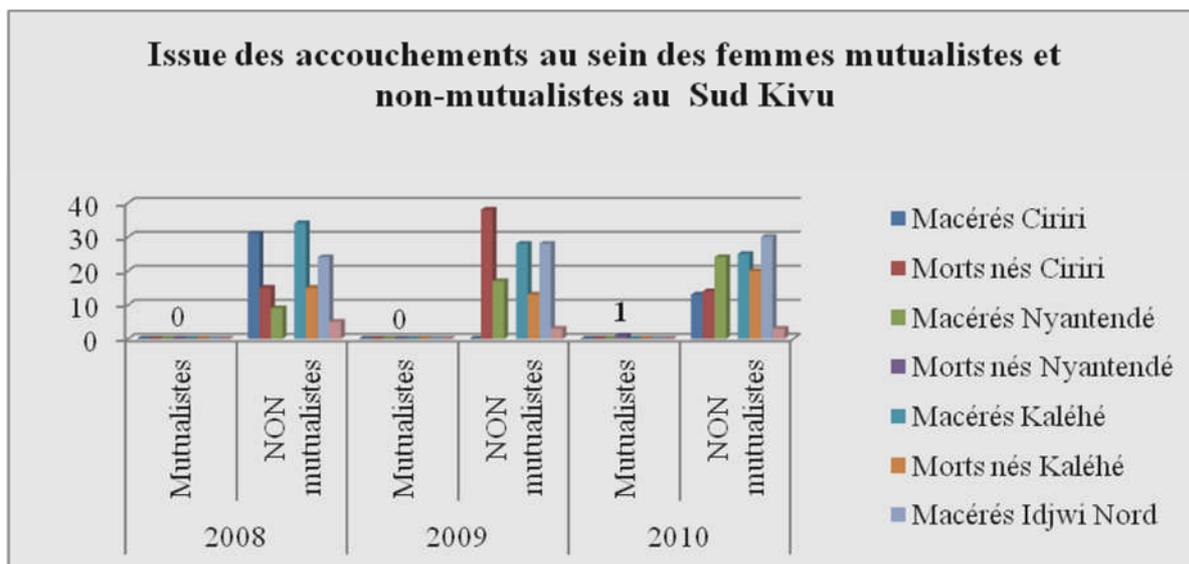
la question : faut-il motiver les agents de santé dans le cadre du mécanisme de prise en charge des malades mutualistes dans les centres de santé ? Si oui, quelles peuvent être les différentes natures de cette motivation ?

4.6 DE L'EFFICACITE DES MUTUELLES DE SANTE SUR L'ISSUE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE

L'efficacité des mutuelles de santé a été appréciée à travers l'analyse de leurs capacités à remplir l'objectif premier des mutuelles de santé qu'est l'amélioration de l'accessibilité financière des bénéficiaires aux soins de santé de qualité. L'autre aspect de l'efficacité qui a été apprécié par l'étude est relatif à l'issue de la prise en charge des malades mutualistes dans une formation sanitaire. Selon les résultats de l'étude, les membres des mutuelles de santé ont eu des niveaux d'utilisation de soins curatifs plus élevés, de l'ordre de 3 à 9 fois plus que les non membres. Ces taux, bien qu'élevés montrent que les mutuelles de santé ont amélioré le recours à une formation sanitaire. Le graphique ci-dessous fait constater une tendance progressiste à la hausse de la proportion des cas d'accouchements pris en charge par les mutuelles de santé.



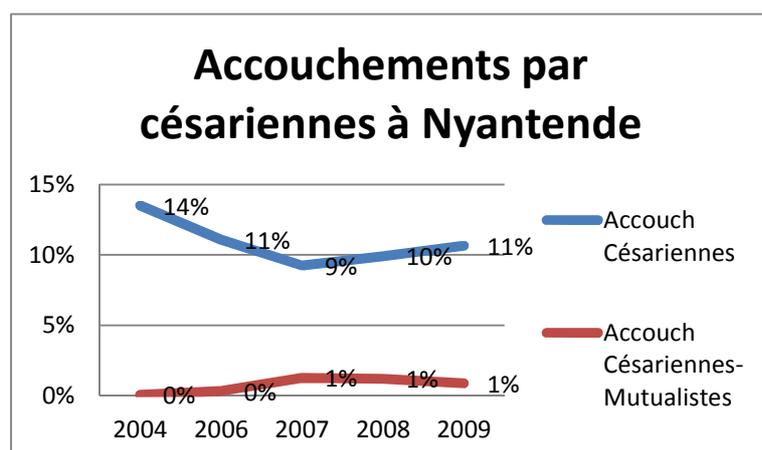
En ce qui concerne l'issue de la prise en charge, il a été réalisé une étude de cas sur les accouchements dans cinq mutuelles de santé avec les formations sanitaires correspondantes où nous avons pu obtenir les données au Sud Kivu. L'étude de cas est relative aux mort-nés. Une analyse comparative des données a été effectuée à la fois sur les femmes membres de la mutuelle de santé et les non-membres. Il a été constaté que l'issue des accouchements est plus fatale chez les non-membres qu'au niveau des membres des mutuelles de santé.



En néonatalogie, le mort-né est un nouveau-né qui ne présente aucun signe de vie à la naissance. La mort peut se produire avant ou pendant le travail de l'accouchement ou pendant l'accouchement. Selon le délai passé entre le décès et l'accouchement, l'aspect du nouveau-né mort à la naissance sera qualifié de "non-macéré" ou "macéré". Dans ce cas, deux hypothèses sont souvent explorées. Il s'agit de la qualité des CPN (i) et/ou la qualité de la prise en charge médicale (ii). Des résultats de l'étude il ressort que les morts nés et les macérés sont dans la quasi majorité des cas très fréquents chez les femmes non-mutualistes qu'au niveau des femmes mutualistes. Sur la période de l'étude seul un (01) cas de mort-né (frais) a été observé au niveau des mutualistes. Ce constat résulte du fait que ces non-mutualistes, certainement pour des raisons d'ordre financier, ne font pas les CPN qui devraient permettre de déceler les éventuelles complications de l'accouchement. Peut être également que pendant le travail d'accouchement, elles ne prennent la décision de se présenter dans une formation sanitaire que lorsque la tentative d'accouchement à domicile n'a pas abouti. Par contre les mutualistes ayant recours plusieurs fois à la formation sanitaire avant l'accouchement évitent donc ces complications de l'accouchement. De même dans l'une des mutuelles de santé, il a été constaté que les accouchements par césarienne sont plus fréquents chez les non-membres. Cela est certainement dû au fait que les non-membres utilisent trop peu les services de consultation prénatale à cause du manque de ressources financières.

Sans avoir la prétention d'élucider complètement ces faits, ces constats et interrogations de la présente étude balise les pistes pour d'autres recherches, notamment celles relatives à la qualité de la prise en charge sur ce groupe cible en vue d'explicitier les hypothèses.

4.7 DE LA VIABILITE TECHNIQUE DES MUTUELLES DE SANTE



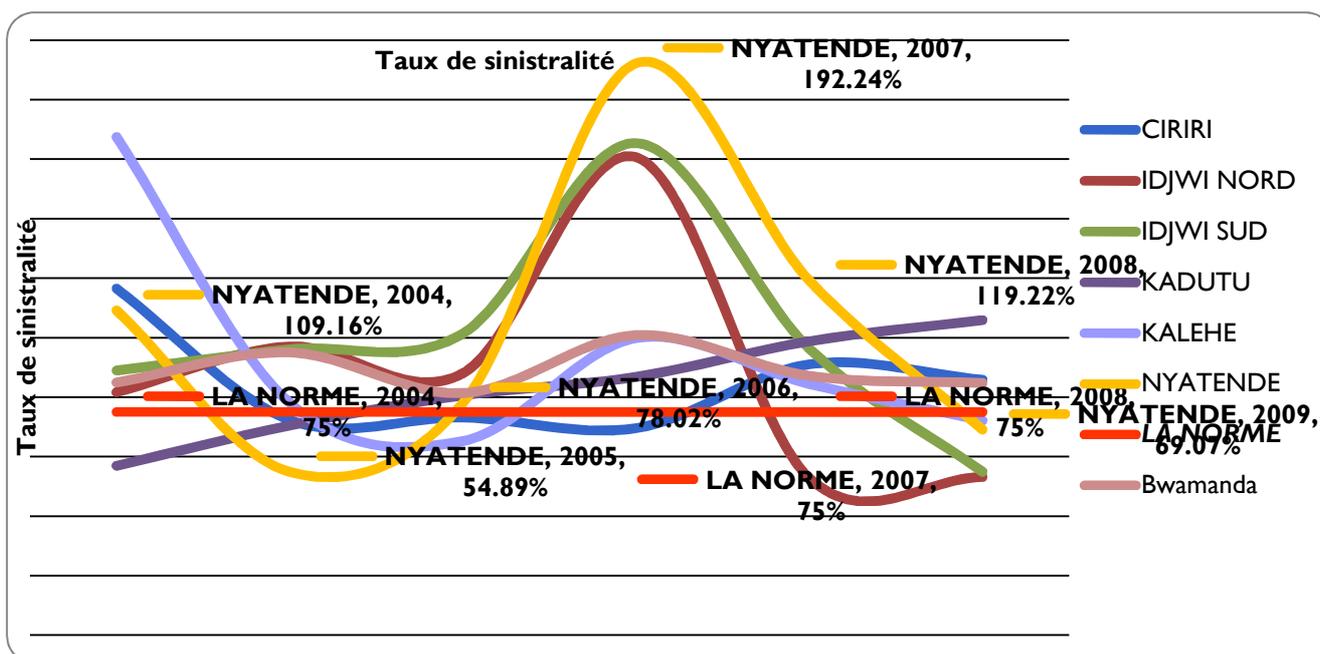
Les tendances de certains indicateurs permettent d'apprécier la relative santé financière et technique des mutuelles de santé. La viabilité technique d'une mutuelle de santé s'apprécie à partir du taux de sinistralité qui désigne la relation entre le montant des prestations dont bénéficient les ayant droit et les montants des cotisations collectées pendant une période

déterminée. En principe ce rapport doit être inférieur ou égal à 75%.

Sur la période de l'étude, aucune mutuelle n'a pu obtenir un taux de sinistralité voisine à la norme (75%). La moyenne la plus faible est obtenue à Idjwi Nord (81,99%) et celle la plus forte est relative à Nyantendé (98,92%). Ces constats peuvent être élucidés à partir de l'exploration de plusieurs hypothèses que sont : les fraudes et les abus ; la surconsommation, la sur-prescription etc. Mais, on constate que dans une même année toutes les mutuelles sans exception aucune ont un pic quant à l'augmentation de ce taux. Ce constat nous interpelle et nous amène à relativiser les hypothèses liées aux acteurs puis à interroger les facteurs externes. En effet, en 2007 l'État congolais a opérationnalisé la centrale d'achat des médicaments. La mise en œuvre de cette mesure a certainement contribué à la modification du prix de cession des médicaments essentiels et donc à un déséquilibre du couple paquet de services / cotisation des bénéficiaires. Les mutuelles de santé, en plus d'autres mesures, ont dû ajuster le taux de cotisation les années suivantes ; ce qui certainement explique le fait que dans l'ensemble ce taux ait baissé ces dernières années. Au regard du fait que les résultats de cette analyse montre que la majorité des mutuelles de santé ont des taux de sinistralité élevés, il est alors inutile d'apprécier le taux de réserve des mutuelles. Il est souvent dit que les réserves d'une mutuelle de santé devraient couvrir six à neuf mois de prestations. Ainsi, ces constats rendent caduques l'analyse de la viabilité économique portant principalement sur les coûts cachés des mutuelles de santé supportés par les structures d'appui. Car si ces mutuelles de santé ont des difficultés à couvrir déjà les prestations par les cotisations des membres, il est évident qu'elles ne seraient pas à même de prendre en charge ces coûts cachés.

4.8 DES PRINCIPES DE LA MUTUALITÉ

Selon Waelkens (2004) l'environnement conceptuel qui est à la base de l'étude et de la classification des systèmes financiers de mutualisation des risques maladie est fondamentalement différent dans la littérature francophone et anglophone. Bien que les écoles anglo-saxonne et de l'Europe continentale inscrivent le soutien des systèmes financiers de mutualisation des risques maladie dans le contexte de la lutte contre la pauvreté. L'approche anglo-saxonne cherche à étendre l'accès aux soins de santé aux exclus par des mécanismes financiers : « extending microinsurance techniques to health care » (Preker et al. 2001). L'approche Europe continentale par contre vise à inclure les exclus par la construction d'un capital social : « Le maintien de la cohésion sociale est essentiel à la lutte contre la pauvreté. La protection sociale sous ses différentes formes peut grandement y contribuer » (CE, 2000). De la description faite des différentes expériences en cours au Sud Kivu et à Bwamanda, il en ressort que celles-ci s'inscrivent dans l'approche Europe continentale dont les



principales caractéristiques d'une mutuelle de santé sont : la solidarité, le but non lucratif, l'épanouissement de la personne, la participation démocratique, la responsabilité, l'autonomie et la liberté puis enfin un mouvement social. L'appréciation des différentes expériences à partir de ces principes fondamentaux permet de faire une brève comparaison. Le tableau ci-dessous en donne une illustration.

TABLEAU N°29: APPRECIATION DES MUTUELLES DE SANTE A TRAVERS LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA MUTUALITE

| PCP de la mutualité | CDI-Bwamanda | | | CAMS/BDOM | | | Observations |
|-------------------------------|--------------|-------|-----|-----------|-------|-----|---|
| | <40 | 40<80 | >80 | <40 | 40<80 | >80 | |
| Solidarité | | | | | | | Même cotisation, même paquet de services et modalités etc. |
| But non lucratif | | | | | | | |
| Épanouissement de la personne | | | | | | | Tiers payant |
| Participation démocratique | | | | | | | |
| Responsabilité | | | | | | | |
| Autonomie et liberté | | | | | | | La gestion financière est assurée par les structures d'appui. Les ressources financières des mutuelles sont domiciliées auprès de ces structures. |
| Mouvement social | | | | | | | |

Au regard de ce tableau, l'aspect le plus faible, des deux expériences est l'autonomie et la liberté. Par contre les aspects relatifs à la participation démocratique et à la responsabilité sont à améliorer. Pour le reste des principes, il faut rechercher et maintenir la performance.

4.9 DE LA GESTION DES MUTUELLES DE SANTE

La gestion d'une mutuelle de santé est complexe et repose sur certaines fonctions techniques et managériales spécifiques. Il a été constaté que la gestion financière des mutuelles de santé sur les deux sites est entièrement assurée par les structures d'appui. Bien que nous sommes d'avis avec Bart (2004) qu'il faille éviter de vouloir uniformiser et standardiser le degré d'implication des communautés locales dans la gestion des mutuelles de santé et que l'approche à suivre dépendra des compétences locales disponibles, et donc du contexte, il serait inefficace de vouloir absolument confier toutes les tâches de gestion à un même acteur. Par contre, une implication plus poussée de la communauté dans la gestion, voire même une autogestion totale, peut être indiquée dans des contextes où il n'y a pas, a priori, confiance dans les initiateurs, là où il y a eu des expériences négatives dans le passé avec des initiatives similaires (par ex. des cas de détournements de fonds), où encore dans les cas où on cherche explicitement à promouvoir une dynamique de développement local basée sur une culture de gestion démocratique et transparente.

4.10 TAILLE DES MÉNAGES

L'influence de la taille des ménages sur l'inscription est fonction des conditions d'adhésion prévues. Les familles nombreuses sont par contre désavantagées lorsque les modalités d'inscription prévoient le paiement d'une prime individuelle avec obligation que tous les membres du ménage s'inscrivent –

afin de limiter la sélection adverse. C'est d'ailleurs ce qui justifie l'écart observé entre la taille des ménages enquêtés et le nombre de membres du même ménage inscrit dans la mutuelle de santé. En effet, à Bwamanda, les ménages n'ont inscrit que 72,4% des personnes contre 61,7% au Sud Kivu. Cette situation laisse entrevoir, si minime soit-elle, l'éventualité d'une sélection adverse. Dans le cas de la mutuelle Maliando en Guinée, la prime individuelle était jugée raisonnable et abordable. Pour les familles nombreuses cependant, le montant total des différentes cotisations constituait une raison importante de non-adhésion (Waelkens et Criel, 2002). Il en était de même dans le cas de la mutuelle Lalane Diassap au Sénégal : payer l'adhésion devenait difficile pour les familles de plus de cinq individus (Massiot, 1998). Dans ces conditions, l'idéal aurait été de promouvoir un enregistrement par ménage pour un nombre déterminé de personnes avec une cotisation dégressive pour chaque membre supplémentaire.

4.11 POUVOIR DE NEGOCIATION DES MUTUELLES AVEC LES PRESTATAIRES DE SOINS

A l'inverse de la nature contractuelle du partenariat entre les mutuelles de santé du Sud Kivu et les prestataires de soins de cette province, la mutuelle de santé de Bwamanda est dans une relation de partenariat tacite et non codifié avec les prestataires de soins de cette localité. En effet, les relations partenariales entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins semblent très biaisées. Cette situation résulte d'une part du fait que les mutuelles ont été initiées par les prestataires de soins et, d'autre part, par la tutelle de la gestion financière des mutuelles qui est assurée par les mêmes structures qui gèrent les formations sanitaires. De ce fait, le pouvoir de négociation des collectifs d'utilisateurs (mutuelle de santé) est insuffisamment développé. En pratique, dans le cas où les négociations existent, elles se limitent presque à la fixation des tarifs. Négocier la qualité de la prescription, par exemple, semble difficile pour les membres parce qu'ils ne disposent pas de l'information objective nécessaire pour pouvoir mener à bien de telles discussions (Atim, 1998 ; Fonteneau, 2000 ; Musau, 1999).

Les prestataires de soins étant dans une situation de monopole, il n'a pas été possible d'explorer la possibilité de compétition de l'offre pour influencer positivement la qualité des soins. Toutefois, les contrats entre les prestataires de soins et les mutuelles doivent devenir une obligation. Ils devraient faire l'objet d'une négociation consensuelle et soutenus par des cahiers de charges qui définissent clairement les droits et obligations de chacune des parties prenantes. Il est vrai que dans certains cas où ces contrats existent les mutuelles de santé ont encore des difficultés réelles avec les prestataires de soins. En effet, Bart Criel¹² et al (2000) dans une étude, illustrent les difficultés d'un réel partenariat entre population et services de santé et le besoin de mieux préparer, former et encadrer les professionnels de santé lors de la conception, la mise en place et l'organisation de modèles mutualistes de financement des soins de santé. Le BIT/STEP pour sa part, dans un rapport publié en 2006¹³ concluait que dans l'ensemble, bien que de grands efforts ont été produits notamment au niveau politique, sur le plan opérationnel, l'environnement et le processus contractuel demandent à être renforcés et régulés de manière à favoriser la création de relations de partenariat équilibré et durable afin que le mouvement mutualiste puisse se développer d'avantage et être viable pour le bien de la population. Encore une fois, Bart & al, (2007), concluait dans une autre étude que « finalement, la capacité des différents acteurs à gérer effectivement la qualité des soins à travers les contrats est difficile¹⁴ ». Cette étude recommande que non seulement il faut rendre obligatoire l'établissement de contrats entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins mais de s'assurer également que chaque partie respecte ses engagements par un système de suivi pour garantir une

¹² BART, C. & al. 2000, Difficultés de partenariat entre professionnels de santé et mutualistes : Le cas de la mutuelle de santé de Maliando en Guinée Conakry,

¹³ BIT/STEP, 2006, Contractualisation entre les mutuelles de santé et l'offre de soins

¹⁴ BART C. & al. (2007), Contractual arrangements between Community Health Insurance and Health providers as a mean to improve quality health care

meilleure qualité des soins. L'État congolais dans le cadre de son rôle régalien devra à travers le PNPMS œuvrer pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une telle mesure.

4.12 DE LA MISE EN RESEAU DES MUTUELLES DE SANTE

L'analyse des entretiens a permis de savoir que les acteurs perçoivent l'expérience de mise en réseau comme une opportunité pour:

- assurer la représentation des mutuelles de santé ;
- organiser la continuité des soins au moins des centres de santé vers les hôpitaux, et sur l'ensemble du territoire provincial et/ou national (inter-mutualité) ;
- créer un cadre d'échange d'expériences entre les mutuelles ;
- redynamiser les mutuelles de santé.

De même certains estiment que le réseau constituerait un moyen pour créer une synergie d'actions entre eux ; ce qui nécessiterait la mise en place d'un cadre de concertation. En effet, la mise en réseau a pour fonction d'élargir la base de solidarité et de partage du risque maladie sur un plus grand nombre de membres, en ce qui concerne par exemple la couverture de gros risques. Ainsi, l'approche de mise en réseau ouvre la possibilité aux mutuelles d'accéder aux soins hospitaliers, tout en gardant leur paquet minimum d'activités disponibles dans les formations sanitaires de base. Pour couvrir les soins hospitaliers, il faut créer des pools de risques pour pouvoir faire face aux besoins de santé qui sont plus chères et moins prévisibles. En effet, la mise en réseau des mutuelles de santé peut être mise à profit pour faire face au problème d'instabilité financière associé à la couverture des risques majeurs parmi les mutuelles de petite taille, et améliorer leur prise en charge en créant un mécanisme de mise en commun des gros risques sur l'ensemble du réseau local de mutuelles de santé. Le réseau, en regroupant plusieurs mutuelles, permet cette évolution importante. Parmi les approches de mise en réseau celle qui consiste à l'implantation des mutuelles de santé dans la perspective de mise en réseau est une stratégie qui accélère le développement des nouvelles mutuelles de santé en même temps qu'elle les rend plus stables et pérennes. Cette approche permet la mise en place d'un nombre important de MS dans un délai relativement court. Dans une période de deux ans au Bénin¹⁵, par exemple, 14 mutuelles de santé ont été mises en place (dont 13 sont très fonctionnelles) dans deux communes (le niveau administratif décentralisé).

¹⁵ PHRplus/USAID, 2006, Stratégies innovatrices pour le développement des mutuelles de santé, 40p.

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Cette investigation a permis de documenter les expériences de mutuelles de santé en cours dans deux provinces de la RDC en vue de contribuer à l'élaboration des stratégies nationales de la réforme de financement du secteur santé. Au terme de l'analyse il est apparu que :

- les mutuelles de santé mises en place montrent de fortes potentialités dans l'amélioration de l'accessibilité des membres aux soins de santé car les mutualistes ont des niveaux d'utilisation des soins curatifs plus élevés, que les non mutualistes. Aussi, l'issue de la prise en charge médicale par exemple celle des accouchements est nettement meilleur chez les femmes mutualistes qu'au niveau des non-mutualistes. De même, les mutuelles contribuent à la réduction des dépenses directes (de santé) des ménages dans l'ordre d'environ 10%. Ces constats confirment la première hypothèse qui stipule que : «les mutuelles de santé disposent de fortes potentialités en termes d'amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé de qualité»
- il existe un potentiel d'organisation de la couverture du risque maladie pour les populations du monde rural et du secteur informel à travers les mutuelles de santé.
- du fait de l'origine de l'initiative de création des mutuelles de santé, celles-ci bien que soutenu par le système de santé ne régulent pas encore l'interface prestataires de soins versus consommateurs et donc elles ne jouent pas encore les fonctions d'une association de consommateurs. Par conséquent, la deuxième hypothèse qui énonce qu'«au-delà de l'amélioration de l'accessibilité financière les mutuelles de santé jouent également le rôle d'une association de consommateurs» est infirmée.
- la mauvaise qualité (perçues) des prestations de soins constitue le principal mobile de refus d'adhésion ou d'abandon. En effet, 25,7% des non-membres et des membres ayant abandonnés ont fait référence à ce mobile. La perception des membres des mutuelles s'inscrivent également dans cette logique. En effet, 49,9% des membres ont adhéré à la mutuelle pour des raisons d'efficacité. Rappelons que pour ceux-ci, l'efficacité s'apprécie à travers l'éventualité d'être mieux soignés, la possibilité de payer moins d'argent que les services reçus etc. Par conséquent, la promotion des mutuelles de santé nécessite également un renforcement de l'offre de soins en termes d'assurance qualité. Ce constat confirme la troisième hypothèse qui révèle que «la qualité perçue des prestations de soins ou services de santé reçues exerce une influence sur l'adhésion à une mutuelle de santé.
- enfin, bien qu'il n'existe pas d'expérience en matière de réseau de mutuelles de santé, environ 83% des enquêtés estiment pertinent l'appartenance d'une mutuelle de santé à un réseau de mutuelles. Mieux, la notion de réseau de mutuelles de santé a été identifiée par les acteurs comme une opportunité pour assurer la continuité (géographique et de référence) des services de la mutuelle de santé.

Au regard de ces considérations, nous formulons les recommandations ci-dessous :

- **A l'État**
 - Faire des mutuelles de santé l'une des stratégies du dispositif d'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé par exemple en concevant le dispositif d'assurance santé universelle à travers les mutuelles de santé

- **Au PNPMS**
 - Développer la vision nationale de développement des mutuelles de santé
 - Accompagner chaque province dans l'élaboration d'un plan stratégique de développement des mutuelles de santé
 - Développer un sous-programme pilote de mise en réseau de mutuelles de santé
 - Favoriser la création d'un cadre d'échange entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins
 - -Développer un système d'information et de gestion sur les mutuelles de santé (outils, normes de ?
- **CAMS/BDOM Bukavu**
 - Améliorer la qualité des soins dans les formations sanitaires en assurant un bon accueil et la disponibilité du personnel qualifié et des consommables médicaux
 - Œuvrer pour la mise en réseau des mutuelles de santé du Sud Kivu
- **CDI Bwamanda**
 - Améliorer le processus d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux en réduisant les taux de ruptures de médicaments dans les formations sanitaires
 - Améliorer la qualité des soins dans les formations sanitaires (disponibilité du personnel qualifié au poste)
 - Faciliter la tenue de compte rendu périodique sur la gestion des fonds de la mutuelle aux membres
 - Œuvrer pour l'extension des mutuelles de santé dans les autres zones sanitaires de l'Équateur

ANNEXE A: REGRESSION NOMINALE SANS INTERACTIONS

Régression nominale sans interactions

Informations sur l'ajustement du modèle

| Modèle | Critères d'ajustement du modèle | Tests des ratios de vraisemblance | | |
|----------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------|---------|
| | -2 log vraisemblance | Khi-deux | degrés de liberté | Signif. |
| Constante uniquement | 910,269 | | | |
| Final | 583,567 | 326,702 | 24 | ,000 |

Qualité d'ajustement

| | Khi-deux | degrés de liberté | Signif. |
|----------|----------|-------------------|---------|
| Pearson | 361,142 | 66 | ,000 |
| Déviance | 357,547 | 66 | ,000 |

Pseudo R-deux

| | |
|--------------|------|
| Cox et Snell | ,255 |
| Nagelkerke | ,263 |
| McFadden | ,085 |

Tests des ratios de vraisemblance

| Effet | Critères d'ajustement du modèle | Tests des ratios de vraisemblance | | |
|-----------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|---------|
| | -2 log-vraisemblance du modèle réduit | Khi-deux | degrés de liberté | Signif. |
| Constante | 583,567 ^a | ,000 | 0 | . |
| Q12M1Matmontcot | 631,990 | 48,423 | 6 | ,000 |
| Q12E1Effimieux | 633,672 | 50,105 | 6 | ,000 |
| Q12E3Effisoïn | 670,757 | 87,191 | 6 | ,000 |
| Q12S2Socparl | 693,691 | 110,124 | 6 | ,000 |

| | codemut ^a | B | Signif. | Exp(B) |
|------------------|----------------------|----------------|---------|--------|
| 2 | Constante | -,121 | ,731 | |
| | [Q12M1Matmontcot=0] | -,810 | ,000 | ,445 |
| | [Q12M1Matmontcot=1] | 0 ^p | . | . |
| | [Q12E1Effimieux=0] | 1,054 | ,000 | 2,870 |
| | [Q12E1Effimieux=1] | 0 ^p | . | . |
| | [Q12E3Effisoïn=0] | 1,282 | ,000 | 3,603 |
| | [Q12E3Effisoïn=1] | 0 ^p | . | . |
| | [Q12S2Socparl=0] | -2,458 | ,000 | ,086 |
| [Q12S2Socparl=1] | 0 ^p | . | . | |
| 3 | Constante | -,256 | ,523 | |
| | [Q12M1Matmontcot=0] | -,702 | ,012 | ,495 |
| | [Q12M1Matmontcot=1] | 0 ^p | . | . |
| | [Q12E1Effimieux=0] | ,341 | ,210 | 1,407 |
| | [Q12E1Effimieux=1] | 0 ^p | . | . |
| | [Q12E3Effisoïn=0] | -,753 | ,006 | ,471 |
| | [Q12E3Effisoïn=1] | 0 ^p | . | . |
| | [Q12S2Socparl=0] | -,754 | ,067 | ,470 |
| [Q12S2Socparl=1] | 0 ^p | . | . | |
| 4 | Constante | ,220 | ,533 | |
| | [Q12M1Matmontcot=0] | -1,157 | ,000 | ,314 |
| | [Q12M1Matmontcot=1] | 0 ^p | . | . |
| | [Q12E1Effimieux=0] | ,698 | ,015 | 2,010 |
| | [Q12E1Effimieux=1] | 0 ^p | . | . |
| | [Q12E3Effisoïn=0] | -,182 | ,548 | ,834 |
| | [Q12E3Effisoïn=1] | 0 ^p | . | . |
| | [Q12S2Socparl=0] | -1,814 | ,000 | ,163 |
| [Q12S2Socparl=1] | 0 ^p | . | . | |
| 5 | Constante | ,352 | ,256 | |
| | [Q12M1Matmontcot=0] | -,908 | ,000 | ,404 |
| | [Q12M1Matmontcot=1] | 0 ^p | . | . |
| | [Q12E1Effimieux=0] | ,953 | ,000 | 2,594 |
| | [Q12E1Effimieux=1] | 0 ^p | . | . |
| | [Q12E3Effisoïn=0] | 1,277 | ,000 | 3,585 |
| | [Q12E3Effisoïn=1] | 0 ^p | . | . |
| | [Q12S2Socparl=0] | -2,143 | ,000 | ,117 |
| [Q12S2Socparl=1] | 0 ^p | . | . | |
| 6 | Constante | -1,095 | ,020 | |
| | [Q12M1Matmontcot=0] | -,348 | ,262 | ,706 |
| | [Q12M1Matmontcot=1] | 0 ^p | . | . |
| | [Q12E1Effimieux=0] | ,417 | ,148 | 1,517 |
| | [Q12E1Effimieux=1] | 0 ^p | . | . |
| | [Q12E3Effisoïn=0] | 1,368 | ,001 | 3,929 |
| | [Q12E3Effisoïn=1] | 0 ^p | . | . |
| | [Q12S2Socparl=0] | -2,132 | ,000 | ,119 |
| [Q12S2Socparl=1] | 0 ^p | . | . | |
| 7 | Constante | -,346 | ,323 | |
| | [Q12M1Matmontcot=0] | ,306 | ,230 | 1,358 |
| | [Q12M1Matmontcot=1] | 0 ^p | . | . |
| | [Q12E1Effimieux=0] | 1,134 | ,000 | 3,107 |
| | [Q12E1Effimieux=1] | 0 ^p | . | . |
| | [Q12E3Effisoïn=0] | -,394 | ,074 | ,674 |
| | [Q12E3Effisoïn=1] | 0 ^p | . | . |
| | [Q12S2Socparl=0] | -1,485 | ,000 | ,227 |
| [Q12S2Socparl=1] | 0 ^p | . | . | |

| Classification | | | | | | | | |
|--------------------|---------------|-----|-----|-----|-------|-----|------|---------------------|
| Niveau Observé | Niveau Prédit | | | | | | | Pourcentage correct |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 1 | 359 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 90,0% |
| 2 | 67 | 0 | 0 | 0 | 65 | 0 | 5 | ,0% |
| 3 | 45 | 0 | 0 | 0 | 26 | 0 | 1 | ,0% |
| 4 | 37 | 0 | 0 | 0 | 29 | 0 | 0 | ,0% |
| 5 | 116 | 0 | 0 | 0 | 116 | 0 | 5 | 48,9% |
| 6 | 39 | 0 | 0 | 0 | 21 | 0 | 1 | ,0% |
| 7 | 109 | 0 | 0 | 0 | 25 | 0 | 6 | 4,3% |
| Pourcentage global | 69,4% | ,0% | ,0% | ,0% | 29,0% | ,0% | 1,6% | 43,3% |

Régression nominale avec interactions

Informations sur l'ajustement du modèle

| Modèle | Critères d'ajustement du modèle | Tests des ratios de vraisemblance | | |
|----------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------|---------|
| | -2 log vraisemblance | Khi-deux | degrés de liberté | Signif. |
| Constante uniquement | 910,269 | | | |
| Final | 387,117 | 523,152 | 42 | ,000 |

Qualité d'ajustement

| | Khi-deux | degrés de liberté | Signif. |
|----------|----------|-------------------|---------|
| Pearson | 291,178 | 48 | ,000 |
| Déviante | 161,097 | 48 | ,000 |

Pseudo R-deux

| | |
|--------------|------|
| Cox et Snell | ,375 |
| Nagelkerke | ,388 |
| McFadden | ,137 |

Tests des ratios de vraisemblance

| Effet | Critères d'ajustement du modèle | Tests des ratios de vraisemblance | | |
|-------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|---------|
| | -2 log-vraisemblance du modèle réduit | Khi-deux | degrés de liberté | Signif. |
| Constante | 387,117 ^a | ,000 | 0 | . |
| Q12M1Matmontcot | 387,117 ^a | ,000 | 0 | . |
| Q12E1Effimieux | 387,117 ^a | ,000 | 0 | . |
| Q12E3Effisoïn | 387,117 ^a | ,000 | 0 | . |
| Q12S2Socparl | 387,117 ^a | ,000 | 0 | . |
| Q12M1Matmontcot * | 439,163 | 52,046 | 6 | ,000 |
| Q12E3Effisoïn | | | | |
| Q12M1Matmontcot * | 442,091 | 54,974 | 6 | ,000 |
| Q12S2Socparl | | | | |
| Q12M1Matmontcot * | 451,153 | 64,036 | 6 | ,000 |
| Q12E1Effimieux | | | | |

Régression nominale avec interactions

Informations sur l'ajustement du modèle

| Modèle | Critères d'ajustement du modèle | Tests des ratios de vraisemblance | | |
|----------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------|---------|
| | -2 log vraisemblance | Khi-deux | degrés de liberté | Signif. |
| Constante uniquement | 910,269 | | | |
| Final | 387,117 | 523,152 | 42 | ,000 |

Qualité d'ajustement

| | Khi-deux | degrés de liberté | Signif. |
|----------|----------|-------------------|---------|
| Pearson | 291,178 | 48 | ,000 |
| Déviance | 161,097 | 48 | ,000 |

Pseudo R-deux

| | |
|--------------|------|
| Cox et Snell | ,375 |
| Nagelkerke | ,388 |
| McFadden | ,137 |

Tests des ratios de vraisemblance

| Effet | Critères d'ajustement du modèle | Tests des ratios de vraisemblance | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|---------|
| | -2 log-vraisemblance du modèle réduit | Khi-deux | degrés de liberté | Signif. |
| Constante | 387,117 ^a | ,000 | 0 | . |
| Q12M1Matmontcot | 387,117 ^a | ,000 | 0 | . |
| Q12E1Effimieux | 387,117 ^a | ,000 | 0 | . |
| Q12E3Effisoïn | 387,117 ^a | ,000 | 0 | . |
| Q12S2Socparl | 387,117 ^a | ,000 | 0 | . |
| Q12M1Matmontcot * Q12E3Effisoïn | 439,163 | 52,046 | 6 | ,000 |
| Q12M1Matmontcot * Q12S2Socparl | 442,091 | 54,974 | 6 | ,000 |
| Q12M1Matmontcot * Q12E1Effimieux | 451,153 | 64,036 | 6 | ,000 |

La statistique Khi-deux est la différence dans les -2 log-vraisemblances entre le modèle final et un modèle réduit. Le modèle réduit est formé en omettant un effet du modèle final. L'hypothèse est nulle si tous les paramètres de cet effet sont égaux à zéro.

a. Ce modèle réduit est équivalent au modèle final car l'omission de l'effet n'augmente pas les degrés de liberté.

Arbre de segmentation

Taux de réponse

| Nombre | | Profil | | | |
|-------------|---|--|------------------|-----------------|-------------------------|
| | | Description | Taille du groupe | Taux de réponse | Taux de réponses cumulé |
| dimension 0 | 1 | Q13CInfomutsenspers = 1 PROFESSION <= 1 Q12E3Effisoïn = 1 | 100 | 92,0% | 92,0% |
| | 2 | Q13CInfomutsenspers = 1 PROFESSION <= 1 Q12E3Effisoïn = 0 | 119 | 81,5% | 86,3% |
| | 3 | Q13CInfomutsenspers = 0 PROFESSION <= 1 Q12E1Effimieux = 1 | 125 | 65,6% | 78,8% |
| | 4 | Q13CInfomutsenspers = 1 PROFESSION > 1 | 129 | 50,4% | 71,0% |
| | 5 | Q13CInfomutsenspers = 0 PROFESSION <= 1 Q12E1Effimieux = 0 | 179 | 30,2% | 59,8% |
| | 6 | Q13CInfomutsenspers = 0 PROFESSION > 1 Q12E1Effimieux = 1 | 148 | 29,1% | 54,1% |
| | 7 | Q13CInfomutsenspers = 0 PROFESSION > 1 Q12E1Effimieux = 0 | 295 | 8,1% | 41,7% |

ANNEXE B: REFERENCES

1. AWARE-RH. *Rôle des Acteurs dans le développement des mutuelles de santé au Rwanda*. AWARE-RH, 2004.
2. AWARE-RH. *Etude de cas : La Mutuelle de Santé Complémentaire des Retraités de l'IPRES au Sénégal*. AWARE-RH, 2004.
3. Balique H. et al. *Dix ans d'expérience des centres de santé communautaires au Mali*. Santé publique 2001/1, N 13.
4. Compaoré T. J. *Perceptions et représentations sociales des mutuelles de santé au Burkina Faso : Cas de la mutuelle Laafi Songr Waya de Koubri*. Collège coopératif de Paris, 2007; Université Paris 3 – Sorbonne Nouvelle ; 116 p.
5. Concertation des acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique ; *Inventaire des Mutuelles de santé dans 11 pays de l'Afrique de l'Ouest*, Forum de la Concertation, Dakar, 2007
6. Criel B. & al, *Faisabilité de la mise en œuvre de Mutuelles de Santé en République Démocratique du Congo*, MSP-RDC, BTC, IMT, 2004.
7. Criel B. & Waelkens M. P. *Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organization in Guinea-Conakry (West Africa): What is going wrong?* Social Science and Medicine, 2003; 57, 1205-1219.
8. Dror, D. M., & Jacquier, J. *Micro-insurance: Extending health insurance to the excluded*, in «International Social Security Review», 1999; 52, 71–97.
9. Guizouarn J-C., Marescaux N. *Assurance santé, segmentation et compétitivité*, éd. Economica, Paris 2004; 274 p.
10. Léonard S. *Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé communautaires : cas de la mutuelle de Honhoué au Bénin*, Ecole de Santé Publique, Université Henri Poincaré, Nancy 1, 2007, 29 p.
11. Letourmy A., Pavy-Letourmy A. *La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu*. Agence française de développement, Paris, 2005 ; 223 p
12. Miller L. F., Mbengue C., Atim C. *La Participation Sociale dans le développement des mutuelles de santé au Sénégal*. PHRplus, 2004 ; 31p.
13. Ndiaye P., Lefevre P., Vanierberghe W. & Criel B. *Contractual arrangements between community health insurance (CHI) schemes and health providers as a mean to improve quality care*; 2007; Vol. 12; n°2 ;157-161.
14. Ouendo E-M., Makoutodé M., Wilmet-Dramaix M., Paraiso M., Dujardin B. *Accès aux soins de santé au Bénin: indigence et réseaux d'aide communautaires*. Cahiers Santé 2004; 4 (14) : 217-221.
15. Ouimet, M-J., Fournier P., Diop I., Haddad S, *Solidarity or Financial Sustainability. An analysis of the values of subscribers and promoters in Senegal*, 2007.
16. PHRplus. *Stratégies novatrices pour le développement des mutuelles de santé*, PHRplus, 2006.
17. PISAF. *Performance des mutuelles de santé de Sinendé Banikoara*. PISAF, 2008.
18. PISAF. *Revue à mi-parcours du programme d'extension des mutuelles de santé*. PISAF, 2009.
19. Ridde V, Haddad S, Yacoubou M, Yacoubou I. *Exploratory Study on the impacts of Mutual health organizations on social dynamics in Benin*. 2010.

20. Ridde V., *L'initiative de Bamako 15 ans après : un agenda inachevé*, HNP, World Bank, Washington, 2004, 54p
21. Schneider, P, & Diop, F. *Community-based health insurance in Rwanda*. In A. S. Preker, & G. Carrin (Eds.), *Health financing for poor people- Resource mobilization and risk sharing*. Washington: The World Bank; 2004; pp. 251–274.
22. Waelkens M. P., & Criel B. *Les mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne ; Etat des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche*. Health, Nutrition, and Population; P60 Discussion Paper. Washington: The World Bank; 2004.



